

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Étude sur les perspectives des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil
concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC)

par

Daniel O'Connor

Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Le 2 décembre 2008

Membres du jury :

Johane Patenaude, Ph.D., Département de chirurgie (directrice de recherche)

Luce Pelissier-Simard, M.D., M.Sc., Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement
d'une approche intégrée en prévention (codirectrice de recherche)

Denise St-Cyr Tribble, Inf., Ph.D., Programmes de sciences cliniques (membre du
programme)

Anne M. Leis, Ph.D., Department of Community Health and Epidemiology, University of
Saskatchewan (membre externe)



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-53417-5
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-53417-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
RÉSUMÉ	VI
1. INTRODUCTION	1
1.1 Problématique	1
1.2 Objectif et questions de recherche	6
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	11
2.1 Médecines alternatives et complémentaires (MAC).....	12
2.1.1 Définitions	12
2.1.2 Systèmes de classification	16
2.2 Médecine intégrative	17
2.3 Le milieu médical et les MAC.....	19
2.3.1 Données probantes sur l'efficacité et l'innocuité des MAC, obligations déontologiques et responsabilité médicale	19
2.3.2 Milieu médical et MAC : attitudes, utilisation et formation.....	22
2.3.2.1 Méta-analyse et synthèse d'études.....	22
2.3.2.2 Enquêtes auprès d'une vaste population de médecins	24
2.3.2.3 Études auprès de regroupements facultaires	28
2.3.2.4 Autres publications	32
2.3.2.5 Principales études menées au Québec et au Canada.....	37
2.3.3 Questionnaires sur l'attitude du milieu médical envers les MAC	44
2.4 Principaux thèmes de la recension des écrits et contribution éventuelle de notre étude à l'avancement des connaissances	48
3. MÉTHODOLOGIE.....	52
3.1 Dispositif de recherche	52
3.2 Population à l'étude et critères de sélection	52
3.3 Instrument de mesure.....	53
3.4 Fidélité et validité du questionnaire.....	56

3.5	Échantillonnage	56
3.6	Déroulement de l'étude.....	59
3.7	Considérations éthiques	60
3.8	Analyse des données.....	60
3.9	Variables ou concepts examinés.....	61
4.	RÉSULTATS	62
4.1	Effectif et taux de réponse	62
4.2	Données démographiques et profil de clientèle.....	63
4.3	Fréquence à laquelle les omnipraticiens se font questionner au sujet des MAC.....	65
4.4	Capacité à conseiller un patient sur l'utilisation des MAC	67
4.5	Connaissance des obligations déontologiques envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC	68
4.6	Perception du rôle, en tant que médecin, envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC	70
4.7	Perception d'une utilisation justifiée des MAC.....	72
4.8	Connaissance des sources de données probantes sur les MAC	75
4.9	Perception de la responsabilité professionnelle au moment de conseiller un patient sur l'utilisation des MAC.....	80
4.10	Ouverture à l'égard des MAC.....	81
4.11	Formation continue.....	87
4.12	Relations d'association entre les variables étudiées	88
5.	DISCUSSION ET CONCLUSION	93
5.1	Sommaire des résultats	93
5.2	Discussion.....	99
5.2.1	Fréquence à laquelle les omnipraticiens se font questionner au sujet des MAC	99
5.2.2	Capacité à conseiller un patient sur l'utilisation des MAC	101

5.2.3	Connaissance des obligations déontologiques et perception du rôle, en tant que médecin, envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC.....	103
5.2.4	Perception d'une utilisation justifiée des MAC par les patients et connaissance des sources de données probantes	106
5.2.5	Ouverture à l'égard des MAC	110
5.3	Forces et limites de l'étude	118
5.4	Conclusion, retombées et avenues de recherche	123
REMERCIEMENTS		125
BIBLIOGRAPHIE.....		126
Annexe A :	Questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du Collège des médecins du Québec.....	131
Annexe B :	Formulaire de pré-test d'un questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du Collège des médecins du Québec	134
Annexe C :	Lettre d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	136

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Caractéristiques de l'effectif par rapport aux données du CMQ.....	64
Tableau 2 :	Fréquence des questions de patients sur les MAC	66
Tableau 3 :	Capacité à conseiller sur l'utilisation des MAC.....	67
Tableau 4 :	Aise à répondre aux questions sur une MAC spécifique	68
Tableau 5 :	Connaissance des obligations déontologiques envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC.....	69
Tableau 6 :	Rôle d'informer des données probantes sur un traitement (MAC)	71
Tableau 7 :	Rôle d'informer des risques et conséquences d'un traitement (MAC)	72
Tableau 8 :	Rôle d'informer des autres traitements (MAC ou autres) disponibles.....	72
Tableau 9 :	Utilisation d'une MAC sans données probantes quant à son efficacité	74
Tableau 10 :	Utilisation d'une MAC sans données probantes quant à son innocuité	74
Tableau 11 :	Difficulté à trouver des données probantes sur les MAC en général	76
Tableau 12 :	Difficulté à trouver des données probantes sur une MAC spécifique.....	77
Tableau 13 :	Opinion des omnipraticiens quant au «manque de rigueur scientifique» des études cliniques sur les MAC	79
Tableau 14 :	Opinion des omnipraticiens quant au «caractère contradictoire» des données probantes sur les MAC	79
Tableau 15 :	MAC conseillées le plus souvent	82
Tableau 16 :	Fréquence de prescription de massothérapie.....	85
Tableau 17 :	Utilisation personnelle des MAC par les omnipraticiens.....	86
Tableau 18 :	Position personnelle à l'égard des MAC.....	87
Tableau 19 :	Format sous lequel les omnipraticiens sont intéressés à suivre une formation sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC.....	88

RÉSUMÉ

Étude sur les perspectives des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC)

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) sont de plus en plus populaires en Occident et au Canada. Certaines MAC reposent sur des données probantes, mais bien des MAC se prêtent mal aux exigences de la démarche scientifique et demeurent des traitements non reconnus, parfois même néfastes ou pratiquées par des charlatans. Or, les usagers ont recours à ces formes de traitement sans nécessairement posséder les connaissances requises pour faire un choix éclairé et sécuritaire. Il faudrait donc, pour contribuer à assurer leur sécurité, voir à ce qu'ils soient suffisamment informés pour faire un choix éclairé. Les omnipraticiens, en raison de leur formation et importance dans la prestation des soins de santé, semblent bien placés pour remplir ce rôle (prévu par leurs obligations déontologiques) et aider les usagers à choisir judicieusement leurs traitements. Cependant, plusieurs auteurs ont relevé l'embarras des médecins à discuter des MAC avec leurs patients ou à les conseiller à ce sujet, ainsi que les besoins des médecins en matière de formation sur les MAC. Cela nous a amené à nous demander si les omnipraticiens se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

Pour atteindre notre objectif, nous avons effectué une recherche exploratoire descriptive avec méthodologie quantitative (enquête). Nous avons fait parvenir un questionnaire d'auto-perception à un échantillon aléatoire représentatif de

1000 omnipraticiens, constitué à partir d'une liste générée par un programme en lien avec la base de données du Collège des médecins du Québec et fournie par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, avec l'autorisation de son directeur. Nous avons fait trois envois : le questionnaire avec texte d'introduction à l'étude, une carte de rappel deux semaines plus tard et de nouveau le questionnaire deux semaines après l'envoi de la carte de rappel. Le texte d'introduction à l'étude précisait que la participation était anonyme et que le fait de compléter le questionnaire serait interprété comme un consentement à l'étude. Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SPSS, version 17.0.

Nous avons obtenu un taux de réponse de 19,5 %. Nous avons constaté que 47,3 % des omnipraticiens interrogés considéraient qu'ils n'étaient généralement pas en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC et que 50,3 % des répondants ne se sentaient pas à l'aise de répondre aux questions de leurs patients sur une MAC spécifique. De plus, moins du quart des omnipraticiens sondés (23,6 %) ont confirmé savoir où trouver des données probantes sur l'efficacité ou l'innocuité de MAC spécifiques. L'embarras que semblaient éprouver les répondants quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC et leur connaissance limitée des sources de données probantes pour ces approches font clairement ressortir d'importants besoins en matière de formation. C'est pourquoi nous croyons qu'une intensification des efforts de formation relatifs aux obligations déontologiques des médecins (pour les aider à définir leur rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC) et aux sources de données probantes sur les MAC (pour appuyer leur jugement clinique) pourrait aider les

omnipraticiens du Québec à se sentir plus à l'aise dans leur rôle auprès des patients qui envisagent ou choisissent d'utiliser une MAC, afin, espérons-nous, de favoriser la communication avec ces patients à ce sujet et contribuer à assurer leur sécurité en réduisant le risque d'effets secondaires et d'interactions nocives.

MOTS CLÉS

Médecines alternatives et complémentaires, MAC, omnipraticiens, rôle-conseil, données probantes, communication, soutien à la prise de décision.

1. INTRODUCTION

1.1 Problématique

Les médecines alternatives et complémentaires¹ (MAC) seraient de plus en plus populaires en Occident, selon plusieurs études. De fait, la proportion d'adultes américains ayant utilisé une approche complémentaire serait passée de 34 % en 1990 à 42 % en 1997 (EISENBERG *et al.*, 1993, 1998). En Europe, cette proportion se situerait entre le tiers et la moitié des populations étudiées dans le cadre de diverses études (VINCENT et FURNHAM, 1996). Au Canada, KACZOROWSKI *et al.* (2002) soulignent que l'utilisation des MAC s'accroît dans la plupart des pays industrialisés. Ces auteurs citent par ailleurs plusieurs sources qui évoquent la popularité des MAC au pays. Notamment, une enquête pancanadienne, menée par le groupe Angus Reid en 1997, rapporte que «42 % des répondants avaient eu recours à des médecines et approches complémentaires [...et que] l'utilisation globale de ce genre de thérapies avait augmenté de 81 % au cours des cinq années précédentes» (traduction libre). Une autre enquête canadienne effectuée la même année par le Fraser Institute évaluait à 73 % la proportion des répondants ayant utilisé au moins une thérapie complémentaire au cours de leur vie. De son côté, MILLAR (1997) rapporte qu'environ 15 % des Canadiens de plus de 15 ans auraient eu recours à une médecine douce en 1994-1995.

¹ Ce terme est défini à la section 2.1.1. Des synonymes, comme approches complémentaires ou alternatives, approches complémentaires et parallèles, thérapies alternatives ou complémentaires, médecines douces, sont parfois utilisés lorsque les circonstances l'exigent, par exemple dans une citation reproduite intégralement. Bien que la liste qui suit ne soit pas exhaustive, voici quelques exemples de MAC: ostéopathie, massothérapie, acupuncture, homéopathie, hypnothérapie, chiropratique et herbes ou plantes médicinales.

Selon PARK (2003), ce sont 20 % des Canadiens de 12 ans et plus qui «ont déclaré avoir eu recours à des soins de santé non traditionnels ou complémentaires». Enfin, SANTÉ CANADA (2001) pressent également un accroissement indéniable et rapide de la popularité des MAC et de la demande pour celles-ci au Canada.

Selon TATARYN et VERHOEF (2001), cet engouement s'explique notamment par l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accessibilité accrue des sources mondiales d'information sur la santé, l'effritement de l'autorité des praticiens de soins conventionnels, le désir croissant d'améliorer sa qualité de vie, un certain scepticisme quant à la valeur des découvertes scientifiques pour la gestion personnelle de la maladie, la responsabilisation des usagers en matière de prévention et de soins de santé, l'inquiétude qu'inspirent les effets secondaires de médicaments toujours plus puissants, ainsi que par un intérêt grandissant pour le bien-être et la spiritualité (traduction libre). Dans une autre étude, VINCENT et FURNHAM (1996) se sont penchés sur les raisons ayant conduit des patients britanniques à opter pour des traitements d'acupuncture, d'ostéopathie ou d'homéopathie. Ces patients disaient le plus souvent reconnaître l'importance de traiter la personne dans sa globalité, croire que les MAC seraient plus efficaces que la «médecine conventionnelle» pour leur problème de santé ou juger qu'elles leur permettraient de jouer un rôle plus actif dans le maintien de leur santé (traduction libre). Malheureusement, que ce soit pour garder la santé, rechercher un certain bien-être ou pallier les inconvénients réels ou perçus de la «médecine conventionnelle», plusieurs personnes associent, souvent à tort, les MAC

à des «traitements naturels, qui ne risquent pas d'entraîner d'effets secondaires néfastes».

Pourtant, la prudence est de mise car les MAC constituent un ensemble hétéroclite. Ainsi, on retrouve sous cette appellation des systèmes de soins vieux de plusieurs milliers d'années, comme la médecine traditionnelle chinoise, mais également des approches plus récentes, notamment l'homéopathie ou l'ostéopathie. Par ailleurs, il y a aussi des approches dont l'efficacité et l'innocuité ont été démontrées, pour des indications spécifiques, dans le cadre d'études cliniques, c'est-à-dire au terme d'une démarche scientifique ayant permis d'obtenir des données probantes. Il s'agit alors de traitements reconnus, qui peuvent être utilisés ou recommandés par les médecins dans le cadre des soins offerts aux patients (COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 2006). Par exemple, plusieurs groupes de recherche et comités d'experts ont conclu à l'efficacité de l'acupuncture pour contrer la nausée et les vomissements associés aux interventions chirurgicales et aux traitements de chimiothérapie (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2000; LEE et DONE, 2004; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1997; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2002; TAIT *et al.*, 2002; VICKERS *et al.*, 2002). Toutefois, les données probantes sur les MAC sont souvent difficiles à obtenir car, à certains égards, ces approches se prêtent mal aux exigences de la démarche scientifique. En effet, la méthodologie des études cliniques ne cadre pas avec les conditions de pratique de plusieurs MAC. Notamment, le rôle actif que joue souvent l'utilisateur lorsqu'il s'agit d'une MAC rend presque impossible toute randomisation des sujets et donc la

réduction du biais relatif à leur répartition. Il est aussi parfois impossible de déterminer si les effets observés sont spécifiquement attribuables à une MAC. Ces effets, notamment le «bien-être», sont souvent difficiles à mesurer. Les diagnostics posés en termes de MAC ne correspondent pas aux diagnostics biomédicaux. Ce sont des raisons personnelles, plutôt que la maladie, qui motivent souvent l'utilisation d'une MAC en particulier. Ainsi, pour une maladie donnée, le traitement peut varier d'une personne à l'autre. Enfin, le manque de ressources, de formation et de financement pour la recherche dans ce domaine retarde l'obtention de données probantes. Par conséquent, bien des approches demeurent des traitements non reconnus, pouvant même être parfois néfastes ou pratiquées par des charlatans qui entretiennent chez des personnes vulnérables un faux espoir de guérison. Pour toutes ces raisons, il y a lieu de se préoccuper de la sécurité des usagers des MAC.

Les MAC regroupent donc des approches très variées, qui, par surcroît, ne font pas toutes l'objet d'une réglementation stricte. Bien entendu, des mécanismes de protection sont prévus pour certaines, comme dans le cas de l'acupuncture et de la chiropratique. Ainsi, les praticiens qui exercent dans ces domaines doivent désormais être membre d'un ordre professionnel, dont le mandat est de protéger le public et d'assurer la qualité des services qu'il reçoit. Malheureusement, pour d'autres traitements, comme l'homéopathie, l'ostéopathie ou la naturopathie, les usagers ne bénéficient pas d'une telle protection au Québec. Par ailleurs, il y a souvent, même pour une approche apparemment inoffensive, des risques réels d'effets secondaires ou d'interactions nocives (EISENBERG, 1997; SILVERSTEIN et SPIEGEL, 2001),

surtout si le médecin traitant n'est pas informé du recours à une MAC par son patient (KACZOROWSKI *et al.*, 2002). En définitive, quelle que soit l'approche considérée, les usagers doivent exercer leur jugement sans posséder nécessairement les connaissances requises pour faire un choix éclairé et sécuritaire. La problématique que nous décrivons ici a également déjà été soulignée par KACZOROWSKI *et al.* (2002). Dans leur étude, près de 70 % et 52 % des médecins interrogés s'inquiétaient respectivement de l'absence de réglementation quant à l'utilisation des approches complémentaires et du niveau de connaissances des usagers à l'égard de ces traitements.

Puisque les usagers des soins de santé continueront vraisemblablement à utiliser les MAC, on pourrait, pour contribuer à assurer leur sécurité, voir à ce qu'ils soient suffisamment informés pour faire un choix éclairé. Or, les omnipraticiens, en raison de leur formation et de leur importance dans la prestation des soins de santé, semblent bien placés pour remplir ce rôle et aider les usagers à choisir judicieusement leurs traitements. D'ailleurs, 47 % des médecins canadiens interrogés par VERHOEF et SUTHERLAND (1995) croient qu'un omnipraticien doit être en mesure de conseiller ses patients sur l'utilisation des approches alternatives. KACZOROWSKI *et al.* (2002) ont en outre conclu que des médecins sont intéressés à inclure dans leur pratique des interventions visant à mieux informer leurs patients sur les MAC. Toutefois, plusieurs auteurs ont par ailleurs relevé l'embarras de nombreux médecins à discuter des MAC avec leurs patients ou à les conseiller à ce sujet (CORBIN WINSLOW et SHAPIRO, 2002; WAHNER-ROEDLER *et al.*, 2006), ainsi que les besoins en matière de

formation à cet égard (CORBIN WINSLOW et SHAPIRO, 2002; GOLDSZMIDT *et al.*, 1995; KACZOROWSKI *et al.*, 2002; MILDEN et STOKOLS, 2004; WAHNER-ROEDLER *et al.*, 2006). Ces résultats nous ont amené à nous demander si les médecins se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC. Il est possible que leur formation les ait peu préparés à assumer ce rôle et qu'ils ne sachent où obtenir des données probantes sur les MAC. Par ailleurs, lorsqu'ils sont appelés à discuter des MAC avec leurs patients, ils peuvent craindre d'engager leur responsabilité professionnelle, notamment s'ils recommandent à un patient d'aller voir un praticien dont les activités ne sont pas réglementées.

1.2 Objectif et questions de recherche

Pour préciser notre objectif de recherche et nos questions de recherche, un énoncé de position sur les traitements non reconnus, publié en mars 2006 par le Collège des médecins du Québec (CMQ), nous a été grandement utile. Dans cet énoncé, le CMQ présente les obligations déontologiques du médecin en matière de traitements, reconnus ou non. Il rappelle d'abord la nécessité d'utiliser la méthode scientifique comme critère de sélection des traitements proposés. Il précise que «les études cliniques aléatoires sont largement considérées comme la démarche la plus conforme à la méthode scientifique» et que ces études «fournissent des données probantes sur lesquelles pourront s'appuyer les choix cliniques». Le CMQ ajoute que le médecin doit «informer le patient [...] des traitements existants, qu'ils soient reconnus ou expérimentaux», et qu'il doit également «fournir au patient qui envisage

de se soumettre à un traitement non reconnu une information objective qui lui permette de bien comprendre les avantages, les risques et les conséquences de ses choix». Enfin, le CMQ reconnaît que «la décision de se soumettre ou non à un traitement revient finalement au patient» et que le médecin doit «respecter le choix du patient».

En résumé, l'omnipraticien dont le patient choisit ou envisage d'utiliser une MAC pour un problème de santé courant serait donc tenu, s'il veut respecter ses obligations déontologiques, d'informer objectivement ce patient des avantages, risques et conséquences de ce choix de traitement afin qu'il puisse prendre une décision éclairée. Cela s'applique d'ailleurs à tous les traitements et s'avère crucial lorsque le traitement envisagé n'est pas reconnu sur le plan scientifique. L'omnipraticien devrait en outre toujours appuyer son jugement clinique sur les données probantes de la science médicale. Ainsi, par raisonnement déductif, nous postulons que le fait de conseiller ses patients sur l'utilisation des MAC s'inscrit dans les obligations déontologiques de l'omnipraticien. Nous avons cependant déjà mentionné l'embarras de plusieurs médecins à discuter des MAC avec leurs patients. L'objectif principal de notre étude est donc d'explorer si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

Ce sont les obligations déontologiques dont il est question ici, et que se sont imposées les médecins québécois, qui servent de cadre conceptuel à notre étude et nous ont aidés à formuler nos questions de recherche. Ces obligations, rappelons-le, consisteraient notamment à s'appuyer sur les données probantes de la science médicale

pour fournir au patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC une information objective lui permettant de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de son choix et d'ainsi prendre une décision éclairée. Il est intéressant de noter que ces obligations peuvent aider les omnipraticiens à définir leur rôle concernant l'utilisation des MAC et ainsi contribuer à la sécurité des usagers des soins de santé. Nous cherchons donc, en premier lieu, à établir si les omnipraticiens du Québec connaissent leurs obligations déontologiques envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC. De plus, en raison de l'embarras de plusieurs médecins à discuter des MAC avec leurs patients, il nous apparaît fondé de tenter de comprendre comment les omnipraticiens perçoivent leur rôle, en tant que médecins, envers ces patients qui s'intéressent aux MAC et s'ils craignent d'engager leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils les conseillent à ce sujet. Par ailleurs, comme le CMQ insiste, puisque la sécurité des usagers des soins de santé en dépend, sur la nécessité d'appuyer son jugement clinique sur les données probantes de la science médicale, nous essayons de déterminer si ces mêmes omnipraticiens pensent que l'utilisation des MAC est uniquement justifiée en présence de données probantes, s'ils savent où obtenir ces données probantes et s'ils les consultent. Enfin, étant donné la popularité croissante des MAC auprès des usagers des soins de santé, l'attitude du médecin traitant envers ces MAC est d'autant plus importante qu'elle est susceptible de faciliter ou non la discussion au sujet de l'utilisation des MAC dans le cadre du traitement. Cette attitude déterminera peut-être même si les usagers informeront ou non leur médecin du recours à une MAC, ce qui, en raison des risques d'effets secondaires et d'interactions nocives

déjà soulignés, pourrait aussi compromettre leur sécurité. C'est pourquoi nous souhaitons également évaluer l'ouverture des omnipraticiens à l'égard des MAC.

En résumé, nos questions de recherche tenteront de vérifier si les conditions sont réunies pour que les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur une utilisation judicieuse des MAC et elles porteront sur les perspectives des omnipraticiens quant à leurs obligations déontologiques, à leur rôle, à l'utilisation des données probantes, à leur responsabilité professionnelle et à leur ouverture lorsqu'un patient choisit ou envisage de recourir à une MAC.

Objectif principal :

- Explorer si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

Questions de recherche :

- A. Les omnipraticiens du Québec connaissent-ils leurs obligations déontologiques envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC ?
- B. Comment les omnipraticiens du Québec perçoivent-ils leur rôle, en tant que médecin, envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC ?
- C. Les omnipraticiens du Québec pensent-ils que l'utilisation des MAC est uniquement justifiée en présence de données probantes ?
- D. Les omnipraticiens du Québec savent-ils où obtenir des données probantes sur les MAC ?

- E. Les omnipraticiens du Québec consultent-ils les données probantes sur les MAC ?
- F. Les omnipraticiens du Québec pensent-ils qu'ils engagent leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils conseillent leurs patients sur l'utilisation des MAC ?
- G. Quelles est l'ouverture des omnipraticiens du Québec à l'égard des MAC ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre a pour but de présenter l'état des connaissances sur l'attitude du milieu médical à l'égard des médecines alternatives et complémentaires (MAC) et, notamment, sur le rôle des médecins envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser l'une de ces approches. Ce rôle, rappelons-le, peut être défini par les obligations déontologiques que se sont imposées les médecins du Québec et qui consisteraient à s'appuyer sur les données probantes de la science médicale pour fournir au patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC une information objective lui permettant de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de son choix et d'ainsi prendre une décision éclairée.

Tout d'abord, il faut préciser ce qu'on entend par médecines alternatives et complémentaires (MAC) et circonscrire cette réalité. C'est ce que nous faisons dans une première section, qui porte sur les définitions généralement proposées pour les MAC et les systèmes de classification des MAC. Nous poursuivons avec une section sur la médecine intégrative, issue d'un courant apparu dans les années 1990 en réponse à la popularité croissante des MAC. Nous enchaînons avec la principale section du chapitre, qui traite surtout de l'attitude du milieu médical à l'égard des MAC. Dans cette section, nous abordons plusieurs thèmes. Nous explorons d'abord la question des données probantes sur l'efficacité et l'innocuité des MAC, car, selon le Collège des médecins du Québec, ce sont ces données qui permettent de déterminer si un traitement peut être utilisé ou non. Nous faisons ensuite un examen critique des études portant sur l'attitude

des médecins à l'égard des MAC, sur l'utilisation de ces approches dans les traitements offerts et, toujours en ce qui a trait aux médecins, sur les enjeux et besoins en matière de formation sur les MAC. Enfin, nous incluons un survol des principaux questionnaires publiés jusqu'à présent sur l'attitude du milieu médical envers les MAC ou la médecine intégrative. Ce chapitre se termine par une section permettant d'indiquer en quoi notre étude peut contribuer, nous l'espérons, à l'avancement des connaissances et résoudre en partie la problématique exposée précédemment.

2.1 Médecines alternatives et complémentaires (MAC)

2.1.1 Définitions

Le concept des MAC est difficile à définir puisqu'il englobe une gamme très diversifiée d'approches, de croyances et de traitements (EASTHOPE *et al.*, 2000), comme en font foi les nombreux termes utilisés pour décrire cette réalité (approches complémentaires ou alternatives, approches complémentaires et parallèles, thérapies alternatives ou complémentaires, médecines douces, etc.). L'absence de consensus autour d'un terme pour illustrer cette notion (les MAC) n'est pas uniquement attribuable à la diversité des approches, mais également au fait que la terminologie utilisée est soumise à des influences politiques, économiques, idéologiques et professionnelles (traduction libre de WILLIS, 1989, dans EASTHOPE *et al.*). Nous tenterons ici néanmoins de clarifier cette notion en présentant un aperçu des définitions les plus courantes. Nous indiquerons en outre la définition que nous avons choisie pour notre étude.

L'une des définitions les plus couramment citées demeure celle d'EISENBERG *et al.* (1993). Selon ces auteurs, «[...] les thérapies non conventionnelles sont des interventions qui, aux États-Unis, ne sont pas couramment enseignées dans les facultés de médecine ou généralement dispensées dans les hôpitaux, par exemple l'acupuncture, la chiropratique et la massothérapie» (traduction libre). Cependant, cette définition ne serait plus satisfaisante car, comme le rapportent ANGELL et KASSIRER (1998), plusieurs MAC sont désormais intégrées aux soins de santé «conventionnels», c'est-à-dire à la médecine scientifique occidentale. Ils précisent que des facultés de médecines donnent des cours sur les MAC et que des établissements de santé incluent certaines de ces approches dans les traitements offerts.

Une autre définition intéressante a été formulée lors d'une conférence organisée en 1995 par le Office of Alternative Medicine (1995, dans O'CONNOR *et al.*, 1997). Elle se lit comme suit: «Les MACs constituent un vaste domaine de ressources curatives comprenant tous les systèmes, modalités et pratiques de santé, ainsi que les théories et croyances qui les entourent, autres que ceux qui sont intrinsèques au système de santé politiquement dominant dans une société ou culture donnée à un moment donné de l'histoire» (traduction libre). À noter que le Office of Alternative Medicine a été depuis remplacé par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), organisme mandaté par le gouvernement américain pour promouvoir la recherche scientifique sur les MAC. O'CONNOR *et al.* ont adapté cette définition au contexte occidental. Selon eux, «[...] les MAC constituent [...] l'ensemble des ressources, en matière de soins de santé, auxquelles les gens font appel, autres que celles

qui sont intrinsèques au système biomédical, ainsi qu'à ses modèles théoriques et pratiques». Ils ajoutent que «[...] les limites de chaque MAC et entre le domaine des MAC et celui du système dominant ne sont pas toujours clairement définies et fixes» (traduction libre). Ils citent comme exemples de MAC des systèmes de soins de santé traditionnels comme la médecine traditionnelle chinoise (l'acupuncture étant une composante de celle-ci) et la médecine ayurvédique, ainsi que des techniques ou approches thérapeutiques comme la chiropratique, l'homéopathie, la massothérapie et la naturopathie.

Dans un article intéressant publié en 2004, LECKRIDGE propose un survol des définitions de MAC. Il cite d'abord une définition tirée d'un rapport de la British Medical Association, publié en 1993: «[...] formes de traitements qui ne sont pas généralement utilisées par les professionnels de la santé et qui ne sont pas enseignées dans le cadre des programmes des facultés médicales et paramédicales» (traduction libre). Cette définition est similaire à celle d'EISENBERG et pose donc les difficultés soulevées par ANGELL et KASSIRER (1998). LECKRIDGE reproduit en outre les définitions formulées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Selon l'OMS (2002), les MAC sont «[...] un vaste ensemble de pratiques de santé ne faisant pas partie des traditions d'un pays, ou n'étant pas intégrées dans son système de soins de santé dominant» (traduction libre). Le NCCAM (2006), quant à lui, les définit comme suit: «[...] les MAC [...] sont constituées des divers systèmes, pratiques et produits, en matière de soins médicaux et de santé, qui, à l'heure actuelle, ne sont pas considérés comme faisant partie de la médecine

conventionnelle» (traduction libre). Cet organisme fournit une distinction intéressante quant aux adjectifs alternatif et complémentaire. On parlerait de médecines alternatives lorsqu'elles sont utilisées à la place des soins «conventionnels», par exemple une diète spéciale pour traiter un cancer plutôt qu'une intervention chirurgicale, la radiothérapie ou la chimiothérapie. On dirait plutôt médecines complémentaires lorsqu'elles sont utilisées avec les soins «conventionnels», par exemple l'aromathérapie pour diminuer l'inconfort à la suite d'une intervention chirurgicale.

Dans son article, LECKRIDGE (2004), relève certains problèmes en ce qui a trait à la façon de définir les MAC. Ainsi, on définirait les MAC par rapport à ce qu'elles ne sont pas, par exemple comme «des approches ne faisant pas partie des systèmes orthodoxes, dominants ou conventionnels». Or, il est difficile de définir ce qui est conventionnel, compte tenu de l'évolution constante des limites entre ce qui est une MAC et ce qui est un soin conventionnel. Ainsi, dans une enquête menée aux États-Unis par BERMAN *et al.* (1998), la plupart des médecins considéraient que l'acupuncture, le biofeedback, l'hypnothérapie et la massothérapie étaient des soins conventionnels. LECKRIDGE précise que ces paramètres de définitions sont culturels, historiques et politiques plutôt que scientifiques. Pour contourner le problème posé par les limites imprécises entre ce qui est conventionnel et ce qui ne l'est pas, cet auteur propose d'utiliser l'adjectif biomédical pour qualifier les traitements médicaux acceptés et dispensés par les autorités responsables des services de santé. Il définit ainsi les MAC comme «[...] les soins de santé qui, sur les plans conceptuels ou philosophiques,

n'appartiennent pas au système biomédical» (traduction libre). C'est d'ailleurs cette définition que nous avons retenue pour notre étude.

2.1.2 Systèmes de classification

Comme nous avons vu dans notre introduction, les MAC regroupent des approches très variées. Des systèmes de classification ont été établis, permettant de s'y retrouver un peu mieux. Nous en exposons ici brièvement deux, soit les systèmes proposés par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2006) et par TATARYN, dans une monographie produite pour Santé Canada en 2002. Nous fournissons quelques exemples de MAC pour chaque système. Le NCCAM prévoit cinq catégories pour son système de classification des MAC. Il y aurait ainsi les systèmes médicaux parallèles (homéopathie, naturopathie, médecine chinoise traditionnelle, médecine ayurvédique, etc.), les approches corps-esprit (méditation et prière, notamment), les traitements à fondement biologique (par exemple, suppléments alimentaires, herbes et plantes), les méthodes axées sur les manipulations et le corps (chiropratique, ostéopathie et massothérapie, entre autres) et les traitements énergétiques (Qi Gong, Reiki, toucher thérapeutique, champs électromagnétiques, etc.). TATARYN propose plutôt un système de classification englobant à la fois les MAC et les traitements offerts par la médecine occidentale scientifique. Il distribue ainsi les différents traitements et approches selon quatre «paradigmes fondamentaux», soit le corps (herbes médicinales, chimiothérapie, massothérapie, physiothérapie, radiothérapie, chirurgie, etc.), le corps-esprit (hypnothérapie, méditation, psychothérapie, etc.), le corps-énergie

(acupuncture, médecine chinoise, homéopathie, Qi Gong, Reiki, toucher thérapeutique, champs électromagnétiques, etc.) et le corps-spiritualité (cérémonies, guérison spirituelle, prière, rites, etc.).

2.2 Médecine intégrative

L'expression *médecine intégrative* est utilisée pour décrire un courant apparu dans les années 1990 en réponse à la popularité croissante des MAC, initialement aux États-Unis, mais qui a gagné le Canada et d'autres pays occidentaux depuis. Cette expression n'est pas synonyme de *médecines alternatives et complémentaires*. Pour clarifier ce concept, nous avons choisi de nous inspirer de RAKEL et WEIL (2007), SNYDERMAN et WEIL (2002), ainsi que de PÉLISSIER-SIMARD et XHIGNESSE (2008). Il s'agit d'un nouveau «paradigme médical» intégrant les meilleurs traitements et méthodes de prévention de la médecine scientifique occidentale et des MAC, selon les données probantes qui existent quant à leur efficacité et innocuité. En outre, la médecine intégrative s'attarde à la prévention et au maintien de la santé en s'intéressant aux différentes facettes du mode de vie: alimentation, activité physique, gestion du stress et bien-être émotionnel. Elle considère que le patient est un acteur important dans la gestion de sa santé et qu'il est un être unique et entier, dans ses dimensions sociales, psychologiques, spirituelles et communautaires, autant que biologiques et corporelles.

RAKEL et WEIL, dans PÉLISSIER-SIMARD et XHIGNESSE, nuancent leur description. Ils ajoutent que la médecine intégrative met l'accent sur la relation

thérapeutique; qu'elle se préoccupe du soulagement et du soutien autant que de la guérison; qu'elle s'attarde à la recherche et à la compréhension des processus de santé et de guérison ainsi qu'aux moyens de faciliter ces derniers; qu'elle encourage la compréhension de la culture du patient et de ses croyances pour favoriser la guérison; qu'elle recherche et enlève les barrières qui peuvent bloquer la réponse innée de guérison du corps; qu'elle voit la compassion comme toujours utile, même lorsque d'autres avenues ne le sont pas; qu'elle accepte que la santé et la guérison soient propres à chacun et puissent différer chez deux personnes atteintes de la même maladie; qu'elle encourage les soignants à explorer leur propre équilibre de santé, ce qui leur permettra de mieux intervenir en ce sens auprès de leurs patients; qu'elle exige des fournisseurs de soins qu'ils soient des éducateurs, exemples à suivre et mentors pour leurs patients; qu'elle encourage la collaboration, non seulement avec le patient, mais aussi avec une équipe interdisciplinaire pour améliorer la prestation des soins.

En résumé, la médecine intégrative, qui gagne en popularité, respecte les préférences de nombreux usagers des soins de santé sans aller à l'encontre des obligations déontologiques des médecins du Québec. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle permet de réunir de façon sécuritaire les meilleurs aspects de la médecine scientifique occidentale et des MAC. Elle constitue une piste prometteuse comme solution à l'intégration des MAC aux interventions et méthodes thérapeutiques de la médecine scientifique occidentale.

2.3 Le milieu médical et les MAC

Faisons un bref rappel des sujets traités dans cette section. Comme nous le disions précédemment, nous explorons tout d'abord la question des données probantes sur l'efficacité et l'innocuité des MAC, puisque, selon le Collège des médecins du Québec, ce sont ces données qui permettent de déterminer si un traitement peut être utilisé ou non. Nous faisons ensuite un examen critique des études portant sur l'attitude des médecins à l'égard des MAC, sur l'utilisation de ces approches dans les traitements offerts ou, toujours en ce qui a trait aux médecins, sur les enjeux ou besoins en matière de formation sur les MAC. Enfin, nous terminons cette section par un survol des principaux questionnaires publiés et validés jusqu'à présent sur l'attitude des professionnels de la santé envers les MAC.

2.3.1 Données probantes sur l'efficacité et l'innocuité des MAC, obligations déontologiques et responsabilité médicale

Selon le Collège des médecins du Québec (CMQ), dont le mandat est de protéger le public, les données probantes, c'est-à-dire issues d'une démarche scientifique, revêtent une importance cruciale dans le choix des soins offerts aux patients. En effet, comme le CMQ le souligne dans son énoncé de position publié en mars 2006, ne peuvent être reconnus et utilisés dans l'arsenal thérapeutique des médecins que «les traitements qui ont été soumis à une démarche scientifique». Le CMQ précise en outre que «l'évaluation des traitements selon une méthode scientifique est devenue au fil des ans la norme en médecine». Il ajoute que «les études cliniques aléatoires sont largement considérées

comme la démarche la plus conforme à la méthode scientifique» et que ces études «fournissent des données probantes sur lesquelles pourront s'appuyer les choix cliniques». Il reprend ainsi certaines dispositions du Code de déontologie des médecins du Québec, qui stipulent que le «[...] médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques [...et qu'il] doit s'abstenir d'avoir recours à des examens, investigations ou traitements insuffisamment éprouvés [...]».

Dans un article sur la responsabilité en matière de faute professionnelle, COHEN et EISENBERG (2002) illustrent comment les médecins peuvent s'appuyer sur les données probantes pour leurs choix cliniques lorsqu'un patient envisage le recours à une MAC. Ces auteurs recommandent aux médecins de tout d'abord déterminer dans quelle mesure il existe des données probantes quant à l'innocuité et l'efficacité des MAC envisagées. Ainsi, s'il existe des données probantes quant à l'innocuité et l'efficacité (par exemple, l'acupuncture pour les nausées associées aux traitements de chimiothérapie), le médecin pourrait recommander le recours à cette MAC, tout en continuant d'exercer un suivi. S'il existe des données probantes quant à l'innocuité, mais pas quant à l'efficacité (par exemple, l'homéopathie pour la rhinite allergique saisonnière), le médecin pourrait tolérer le recours à cette MAC, informer le patient des limites de l'approche envisagée et exercer un suivi serré quant à son efficacité. S'il existe des données probantes quant à l'efficacité, mais pas quant à l'innocuité (par exemple, le palmier nain ou chou palmiste pour l'hypertrophie bénigne de la prostate), le médecin devrait être plus prudent, mais il peut parfois tolérer le recours à cette MAC, informer le patient des limites de l'approche envisagée et exercer un suivi serré quant à son innocuité. Enfin, toujours selon COHEN

et EISENBERG, s'il existe des données probantes faisant ressortir des risques importants pour le patient ou l'inefficacité de la MAC (par exemple, le créosotier ou chaparral, qui est hépatotoxique, ou des herbes et plantes présentant des risques d'interactions nocives), le médecin devrait éviter cette approche et dissuader le patient d'y recourir.

Quoiqu'on dise sur la façon d'aborder la problématique que soulève les MAC, les médecins doivent exercer dans des conditions difficiles et, comme le font remarquer ADAMS, COHEN, EISENBERG et JONSEN (2002), «l'arrivée des MAC [...les] force [...] à agir de façon responsable avec des paradigmes de guérison qui dépassent les limites de la [...médecine occidentale scientifique] et à prendre des décisions dans un contexte qui ne leur est pas familier, en l'absence bien souvent de données probantes» (traduction libre). C'est pourquoi il est primordial que les médecins se dotent de balises claires et appuient justement leurs choix cliniques sur les données probantes existantes, comme le demande le CMQ. Une telle attitude contribue à assurer la sécurité des patients, puisque les données probantes sont obtenues au terme d'une démarche rigoureuse, faisant l'objet d'un consensus au sein de la profession médicale. Or, les médecins n'ont pas la tâche facile car ces données probantes sont souvent, comme nous l'avons souligné dans le chapitre d'introduction, difficiles à obtenir en raison des exigences de la démarche scientifique, de même que du manque de ressources, de formation et de financement pour la recherche dans ce domaine. En outre, l'accès à ces données est souvent compliqué par l'organisation des connaissances à cet égard. Les données probantes sur les MAC se retrouvent en effet souvent dans des banques de données distinctes des sources sur les approches biomédicales, ce qui rend les recherches plus ardues. Par contre, certaines

sources ont su synthétiser l'information de façon pratique, en regroupant notamment les données relatives aux MAC et aux approches biomédicales au même endroit.

2.3.2 Milieu médical et MAC: attitudes, utilisation et formation

Cette section offre un examen critique des publications sur l'attitude des médecins à l'égard des MAC, sur l'utilisation de ces approches dans les traitements offerts ou, toujours en ce qui a trait aux médecins, sur les enjeux ou besoins en matière de formation sur les MAC. Dans le cadre de notre recherche documentaire, nous avons trouvé un nombre considérable d'études ou publications traitant de ces sujets. Nous avons retenu les plus marquantes : une méta-analyse et une synthèse d'études, les enquêtes auprès d'une vaste population de médecins, les études auprès de regroupements facultaires, les autres publications soulignant des aspects importants compte tenu de la problématique que nous avons cernée, ainsi que les principales études menées au Québec et au Canada.

2.3.2.1 Méta-analyse et synthèse d'études

ERNST *et al.* (1995) ont effectué une méta-analyse des opinions des médecins au sujet des approches complémentaires. Ils voulaient évaluer si les médecins perçoivent ces approches comme étant utiles et efficaces. Une recension des écrits leur a permis de trouver et analyser douze études sur cette question. Outre le fait que cette publication date de plusieurs années, les résultats, de l'avis même des auteurs, varient également beaucoup d'une étude à l'autre, ce qui nous fait douter de la validité scientifique d'une

telle méta-analyse. Elle permet simplement à ses auteurs de conclure que les approches complémentaires pourraient être utiles selon certains médecins.

ASTIN *et al.*, (1998) ont publié une synthèse d'études effectuées entre 1982 et 1995 sur l'attitude et les croyances des médecins à l'égard des médecines alternatives et complémentaires (MAC). Ces auteurs ont relevé dans un premier temps 25 études qui se penchaient sur l'attitude des médecins à l'égard de cinq approches, parmi les plus populaires, soit l'acupuncture, la chiropratique, l'homéopathie, les herbes ou plantes médicinales et la massothérapie. Ils ont exclu six études en raison de leurs limites sur le plan méthodologique. Les auteurs ont conclu qu'un «nombre important» de médecins envoient des patients voir un praticien de MAC (43 %, 40 % et 21 %, respectivement, pour l'acupuncture, la chiropratique et la massothérapie) ou pratiquent eux-mêmes une MAC (19 % pour la chiropratique et la massothérapie, l'acupuncture n'étant pas mentionnée par les auteurs). Leur synthèse suggère par ailleurs que les médecins seraient «nombreux» à croire à l'utilité et l'efficacité de certaines de ces approches (51 %, 53 % et 48 %, respectivement, pour l'acupuncture, la chiropratique et la massothérapie). Les auteurs admettent que les résultats varient considérablement d'une étude à l'autre, en raison des particularités régionales et des différences en matière d'échantillonnage, ce qui justifierait des enquêtes selon une méthodologie rigoureuse, au moyen d'échantillons représentatifs. Il s'agit en outre d'une publication qui date de plusieurs années.

2.3.2.2 Enquêtes auprès d'une vaste population de médecins

EASTHOPE *et al.* (2000) ont effectué une enquête auprès de l'ensemble des omnipraticiens (467) de l'État de Tasmanie, en Australie, sur leur attitude à l'égard des approches complémentaires. Les auteurs ont obtenu un taux de réponse de 62 % et leur échantillon était représentatif de la population totale d'omnipraticiens pour ce qui est de l'âge moyen, du sexe, de la taille du cabinet et de l'endroit où il était situé. Une échelle de Likert a été utilisée pour mesurer l'attitude. Un score élevé représentait une attitude «favorable» (d'ouverture) à l'égard des approches complémentaires. Cette échelle comportait six énoncés et avait été validée au cours d'une étude précédente effectuée par VISSER et PETERS (1990). Les résultats des analyses de régression suggèrent notamment que les jeunes omnipraticiens avaient tendance à afficher une attitude plus favorable à l'égard des approches complémentaires que leurs collègues plus âgés. Les omnipraticiens exerçant dans les petits cabinets affichaient également une attitude plus favorable. Par ailleurs, le fait d'avoir soi-même utilisé une approche complémentaire ou d'avoir un patient ayant obtenu un résultat avec une approche était également associé à une attitude favorable. Les omnipraticiens qui considéraient comme un avantage que les approches complémentaires supposent une vision holistique étaient plus nombreux à afficher une attitude favorable. Ceux qui étaient sceptiques quant au taux de guérison associé aux approches complémentaires ou qui croyaient qu'elles comportaient des effets secondaires indésirables étaient moins nombreux à afficher une attitude favorable. Les auteurs croient que la proportion de médecins ayant une attitude favorable à l'égard des approches complémentaires devrait s'accroître et qu'ils seront de plus en plus nombreux à diriger des patients vers des praticiens de MAC. Ils concluent qu'il faut faire en sorte

que les médecins, et les omnipraticiens en particulier, soient mieux informés sur les thérapies complémentaires et reçoivent une meilleure formation. Cette étude présente plusieurs qualités (population à l'étude semblable à la nôtre, quoique différente en raison de la géographie et de la langue, représentativité de l'échantillon, utilisation d'une échelle validée).

LEWIS *et al.* (2001) ont mené une étude sur l'attitude des médecins du Royaume-Uni à l'égard des approches complémentaires et sur leur utilisation dans le cadre des traitements offerts. Il s'agit d'une vaste enquête postale anonyme auprès de l'ensemble des 12 168 membres et associés du Royal College of Physicians. Les auteurs ont souligné que 32 % des répondants pratiquaient eux-mêmes une MAC et 41 % envoyaient des patients voir un praticien de MAC. Les approches les plus fréquemment utilisées seraient l'acupuncture, l'aromathérapie et les manipulations (ostéopathie et chiropratique). Les auteurs notent également que seulement 5,2 % des répondants avaient reçu une formation à l'égard d'une MAC. Ils s'inquiètent ainsi du fait que de nombreux médecins enverraient des patients voir des praticiens de MAC ou même pratiqueraient eux-mêmes une MAC sans avoir reçu une formation adéquate. Ils concluent que la recherche et la réglementation à cet égard doit être une priorité, compte tenu des enjeux que soulèvent la sécurité des usagers et la compétence des professionnels. Pour ce qui est des limites de l'étude, mentionnons les particularités régionales (différences éventuelles entre les médecins du Royaume-Uni et les médecins du Québec), l'exclusion des omnipraticiens (127) des analyses effectuées et le faible taux de réponse obtenu (23 % ou

2 875 répondants). Ce dernier point aurait empêché les auteurs, de leur propre avis, de tirer des conclusions claires.

COHEN *et al.* (2005) ont mené une vaste étude auprès d'un échantillon aléatoire de 2000 omnipraticiens australiens. L'objectif principal était d'explorer les attitudes des omnipraticiens australiens à l'égard des approches complémentaires et leurs réactions à l'augmentation de la demande pour ce type de traitements au sein de la population. L'enquête cherchait à recueillir les opinions des omnipraticiens relativement à plusieurs variables: la nocivité et l'efficacité des approches complémentaires¹, le niveau actuel de formation et l'intérêt à recevoir une formation accrue, l'usage personnel et l'utilisation des approches complémentaires dans le cadre des traitements offerts, la recommandation de praticiens d'approches complémentaires, la pertinence d'exercer soi-même une de ces approches et d'une réglementation gouvernementale, la demande pour ces approches par les patients et les besoins pour des programmes universitaires de premier cycle. Selon les réponses obtenues, les thérapies pouvaient être regroupées en trois catégories: premièrement, «les thérapies non médicinales [...], comme l'acupuncture, la massothérapie, la méditation, le yoga et l'hypnothérapie, considérées comme très efficaces et sécuritaires; [deuxièmement,] les thérapies médicinales et les manipulations, comme la chiropratique, la médecine chinoise (herbes médicinales), l'ostéopathie, la phytothérapie, les vitamines et minéraux, la naturopathie et l'homéopathie, considérées comme moyennement efficaces et potentiellement nocives; [enfin,] les thérapies ésotériques, comme la guérison spirituelle, l'aromathérapie et la réflexologie, considérées

¹ Les questions portaient sur les approches suivantes : acupuncture, aromathérapie, médecine chinoise (herbes médicinales), chiropratique, phytothérapie, homéopathie, hypnothérapie, massothérapie, méditation, naturopathie, ostéopathie, réflexologie, guérison spirituelle, yoga, vitamines et minéraux.

comme relativement sécuritaires mais également relativement inefficaces». À noter que cette étude permettait d'évaluer le pourcentage d'omnipraticiens qui ne se sentait pas à l'aise de discuter avec leurs patients de l'utilisation éventuelle d'une approche complémentaire. Quoique cet aspect n'ait été traité que brièvement par les auteurs, il se rapproche de l'objectif de notre étude et revêt pour nous un certain intérêt. Les omnipraticiens australiens semblent ainsi relativement à l'aise dans ce rôle (les pourcentages d'omnipraticiens n'étant pas à l'aise de discuter d'une MAC varient entre 4 % et 23 %, selon la MAC) et il serait intéressant de comparer avec les omnipraticiens du Québec. Par ailleurs, les auteurs concluent que les thérapies non médicinales, ainsi que la chiropratique, sont largement acceptées en Australie et font partie des soins de santé «conventionnels». Ils ajoutent que les omnipraticiens sont ouverts à recevoir de la formation sur les approches complémentaires et qu'il faut améliorer la communication entre les patients et les omnipraticiens au sujet de l'utilisation de ces approches afin de minimiser les risques d'événements indésirables et d'incidents thérapeutiques. Les auteurs ont obtenu un taux de réponse relativement faible de 33,2 %. Ils font cependant remarquer que les résultats de leurs travaux se rapprochent étonnamment de ceux obtenus dans le cadre d'études avec des taux de réponse élevés, menées en Australie ou ailleurs dans le monde, ce qui suggérerait que les résultats n'auraient pas été biaisés par le faible taux de réponse. Par ailleurs, la représentativité de l'échantillon et des répondants a été bien documentée et les données démographiques ont été comparées avec les informations fournies par des organismes gouvernementaux.

2.3.2.3 Études auprès de regroupements facultaires

BOUCHER et LENZ (1998) ont effectué une étude auprès des 265 médecins d'une association facultaire du Midwest américain. Ils souhaitent explorer leurs attitudes à l'égard des MAC, leurs connaissances à ce sujet et l'utilisation qu'ils faisaient de ces approches. Cette étude contient des éléments intéressants. Ainsi, les médecins ont indiqué qu'ils étaient nombreux à envoyer des patients voir un praticien de MAC, en partie en raison de l'intérêt manifesté par ces patients. La plupart des répondants ont déclaré que les médecins devraient avoir des connaissances au sujet des MAC les plus populaires. Les auteurs concluent par ailleurs que les médecins du Hennepin County Medical Center sont, même s'ils n'encouragent pas activement cette tendance, à tout le moins ouverts à l'idée d'intégrer les MAC aux traitements offerts. Ils ajoutent qu'une démarche scientifique rigoureuse (études cliniques aléatoires) doit être suivie pour convaincre les médecins de l'innocuité et l'efficacité des MAC. Cette étude comporte cependant certaines limites. Les auteurs ont construit un questionnaire pour mesurer les attitudes des médecins et, hormis la validité de contenu (face validity), la validité et fidélité de l'instrument n'ont pas été évaluées. Le taux de réponse de 40 % pourrait sembler satisfaisant, mais les auteurs indiquent qu'il faut interpréter avec prudence les résultats puisque la plupart des médecins sollicités n'ont pas répondu. Ils avouent également qu'il est difficile de tirer des conclusions claires puisqu'ils n'avaient pas formulé d'hypothèse à vérifier. Ils ajoutent en outre qu'une définition de MAC n'a pas été fournie aux répondants. Enfin, ils indiquent ne pouvoir déterminer si une généralisation des résultats est possible. En effet, certaines sources suggèrent que les résidents de Minneapolis et Saint Paul seraient plus favorables aux MAC que les

habitants d'autres régions et que la collaboration entre les praticiens de MAC et les établissements de santé s'y est développée plus vite qu'ailleurs.

SILVERSTEIN et SPIEGEL (2001) ont réalisé une étude auprès du personnel médical du Health Science Center (Brooklyn, New York), de la State University of New York. Ils ont obtenu un taux de réponse de 85 %, avec 165 répondants provenant d'un échantillon «aléatoire» composé notamment d'étudiants en médecine, de résidents et de médecins traitants. Ils cherchaient à vérifier, à l'aide de questions fermées, si les médecins interrogeaient leurs patients sur l'utilisation d'herbes, plantes et suppléments vitaminiques ou alimentaires, à déterminer si les médecins se servaient des ressources disponibles pour évaluer les interactions médicamenteuses possibles et les effets secondaires des suppléments vitaminiques et alimentaires et à mesurer les connaissances des répondants quant aux interactions médicamenteuses, effets secondaires et contre-indications de dix herbes ou plantes fréquemment utilisées. Cette étude soulève des faits intéressants. Ainsi, les auteurs ont constaté que, bien que les médecins aient été nombreux à interroger leurs patients sur leur utilisation de «remèdes» alternatifs, la plupart ne faisaient pas les vérifications nécessaires dans des ouvrages de référence. Un bon nombre d'entre eux semblaient même ignorer l'existence de ces ouvrages. Pourtant, comme nous le faisons remarquer dans le premier chapitre, SILVERSTEIN et SPIEGEL soulignaient les risques d'effets secondaires et d'interactions nocives, même pour des approches apparemment inoffensives. Les auteurs de cette étude concluent que les médecins doivent se familiariser avec la littérature qui existe à ce sujet afin de mieux renseigner leurs patients sur les conséquences de leurs choix. Ils ajoutent qu'une

meilleure formation, ainsi qu'une meilleure connaissance des croyances et comportements de leurs patients en matière de santé, permettraient d'améliorer grandement les soins offerts. Outre que seules les herbes ou plantes médicinales ont fait l'objet de questions et nulles autres MAC, les auteurs admettent que leur étude comporte des limites. Notamment, les répondants provenaient tous du même établissement de santé, ce qui rend la généralisation des résultats à d'autres populations difficile. De plus, la sélection «aléatoire» des participants n'aurait été que partielle (les auteurs ne donnent pas de précisions à ce sujet). Enfin, plusieurs répondants n'auraient pas complété la deuxième partie du questionnaire, dans laquelle on leur demandait d'établir la correspondance entre des herbes ou plantes fréquemment utilisées et leurs effets secondaires et contre-indications.

ROSENBAUM *et al.* (2002) ont mené une enquête auprès de 632 médecins enseignant au University of Iowa College of Medicine en vue d'explorer leurs attitudes, connaissances et perceptions à l'égard de onze MAC, parmi les plus populaires (acupuncture, biofeedback, toucher thérapeutique, homéopathie, chiropratique, herbes médicinales, méditation, médecine ayurvédique, médecine chinoise, massothérapie et hypnothérapie). Les auteurs étaient d'avis qu'il est primordial, en ce qui a trait à la problématique des MAC, d'enquêter sur le corps professoral d'une école de médecine puisqu'ils formeront la prochaine génération de médecins et que ces derniers doivent savoir comment conseiller judicieusement leurs patients qui choisissent d'utiliser une MAC et être en mesure, en s'appuyant sur les données probantes de la science médicale, de les renseigner sur les risques et avantages des traitements envisagés. Il est intéressant

de constater que ROSENBAUM *et al.* partagent les préoccupations qui nous ont motivés à effectuer notre étude auprès des omnipraticiens du Québec. ROSENBAUM *et al.* font par ailleurs des observations intéressantes dans le contexte de notre problématique. Ils indiquent que la majorité des répondants croient que les MAC devraient être intégrées aux programmes d'enseignement en médecine, quoiqu'ils sont partagés quant à savoir si elles devraient faire partie des cours obligatoires ou au choix. Ils font également remarquer, dans leur discussion, que plusieurs médecins (sans préciser combien) en savaient peu sur des MAC pourtant largement utilisées, ce qui ferait ressortir les besoins en matière de formation. Ils concluent que l'utilisation des MAC par les patients constitue un phénomène important sur le plan épidémiologique, mais que le corps professoral médical a mis du temps à réagir. Ils sont d'avis que cela s'est traduit par un manque de coordination entre les approches médicales, alternatives et complémentaires dans les soins aux patients, susceptible d'entraîner des effets secondaires indésirables. Par conséquent, ils croient qu'il faut ajouter aux programmes d'enseignement en médecine et aux activités de formation continue des volets sur l'existence de données probantes sur les MAC. Cette étude comporte cependant des limites semblables à celles soulignées par BOUCHER et LENZ (1998). Le questionnaire élaboré pour l'étude a fait l'objet d'un pré-test auprès de plusieurs médecins provenant de la population étudiée afin de clarifier les questions et les données démographiques sur l'âge et le sexe assurent une certaine représentativité de l'échantillon. Toutefois, hormis la validité de contenu (face validity), les auteurs n'ont pas évalué la validité et la fidélité de l'instrument de mesure. De plus, ils ont obtenu un taux de réponse similaire à celui atteint par BOUCHER et LENZ (44 %) et ne disposaient donc pas des réponses de la majorité des médecins sollicités. Les auteurs

ajoutent enfin qu'il se peut que les résultats ne puissent être généralisés à d'autres populations puisqu'ils proviennent d'un seul centre médical d'enseignement, situé dans le Midwest américain.

2.3.2.4 Autres publications

CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002) ont mené une enquête auprès de 705 médecins de la région de Denver, au Colorado. Ils partaient de l'hypothèse que les médecins doivent souvent répondre à des questions sur les MAC, mais ressentent un certain embarras à aborder ce sujet avec leurs patients en raison d'un manque de formation à cet égard. Les auteurs ont donc décidé d'interroger un groupe de médecins d'une région métropolitaine afin d'évaluer leurs modes de communication avec leurs patients et d'explorer les facteurs qui ont une incidence sur leur décision de discuter des MAC ou d'en recommander l'utilisation. CORBIN WINSLOW et SHAPIRO ont soulevé des aspects intéressants, qui nous ont aidés à formuler notre problématique. Ils ont notamment remarqué que plus de 50 % des répondants ne se sentaient pas à l'aise de discuter des MAC avec leurs patients. Ils ont en outre souligné que 60 % des médecins souhaitaient obtenir de la formation sur les MAC. Ce sont ces aspects (embarras des médecins et besoins en matière de formation à l'égard des MAC), relevés également par d'autres auteurs, qui nous ont amené à nous demander si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC. Cette étude comporte toutefois plusieurs faiblesses, admettent les auteurs. La zone géographique à laquelle elle était circonscrite nuit à la généralisation des résultats. De plus, il y a lieu de

se demander si ces résultats sont réellement représentatifs de la population à l'étude, en raison d'un taux de réponse décevant de 41 %, bien que les caractéristiques démographiques des répondants ne laissent pas entrevoir d'écart substantiel avec cette population. Enfin, les questions appelaient des réponses globales plutôt que spécifiques, ce qui nous empêche de savoir si les médecins auraient répondu de la même façon qu'il s'agisse d'une MAC en particulier plutôt que d'une autre.

MILDEN et STOKOLS (2004) ont effectué une étude exploratoire auprès d'un échantillon aléatoire de 200 médecins, parmi les 56 000 autorisés à pratiquer en Californie. Ils ont exploré les croyances, attitudes, intentions et comportements à l'égard des MAC des médecins ayant reçu une formation scientifique. Cette étude s'intéresse à l'utilisation des MAC dans les soins de santé, sous un angle différent de celui que nous adoptons pour notre étude. Il s'agissait, pour les auteurs, d'évaluer surtout les facteurs déterminant l'intention d'adopter ou non un comportement ainsi que les conditions facilitant cette intention. Ils ont ainsi constaté que l'utilisation, ou la recommandation d'utiliser, une MAC étaient limitées par les inquiétudes des médecins quant aux normes professionnelles en vigueur. Certains éléments intéressants ressortent de cette étude. Ainsi, les auteurs font remarquer que les patients s'intéressent de plus en plus activement à leur santé et bien-être et qu'il devient donc important qu'ils soient en mesure de discuter de leur traitement avec leur médecin. Ils en concluent qu'il est désormais essentiel que les médecins reçoivent une formation adéquate sur les MAC. D'ailleurs, 61 % des médecins interrogés admettaient décourager l'utilisation des MAC en raison d'un manque de connaissances quant à leur innocuité ou efficacité et 81 % souhaitaient

recevoir une formation accrue à ce sujet. Par ailleurs, cette étude comporte certaines limites sur le plan méthodologique. De l'avis des auteurs, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du faible taux de réponse (26 %), du fait qu'il s'agisse d'une étude transversale (fournissant des données d'une portée plus limitée qu'une étude longitudinale, qui permettrait des observations avant et après une formation sur les MAC, par exemple) et de l'absence de données permettant de corroborer les réponses des participants (provenant d'autres professionnels en mesure d'observer les médecins, notamment des infirmières).

WAHNER-ROEDLER *et al.* (2006) ont effectué une enquête en ligne, auprès de 660 internistes du département de médecine de la clinique Mayo, à Rochester, dans l'État du Minnesota. Le sondage comportait 53 questions fermées et visait à explorer les attitudes et connaissances des médecins d'un hôpital universitaire à l'égard, respectivement, des MAC et d'approches spécifiques couramment utilisées. Cette étude nous a aidés, comme celle de CORBIN, WINSLOW et SHAPIRO (2002), à formuler notre problématique. En effet, ses auteurs ont conclu que «la plupart» des médecins ne se sentent pas en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC, en raison d'un manque de préparation (les pourcentages d'omnipraticiens connaissant une approche et se sentant en mesure de conseiller leurs patients varient entre 5 % et 47 %, selon la MAC, avec 47 % pour le biofeedback, 41 % pour la massothérapie et 38 % pour la chiropratique et les techniques de relaxation). Ils ont également conclu que «la plupart» des médecins considéraient que les données probantes issues des études cliniques aléatoires prospectives constituaient le critère minimal d'intégration d'une MAC dans les

traitements offerts (88 % ayant indiqué que ces données auraient une incidence élevée ou certaine sur leur opinion d'une MAC). Cet aspect rejoint la position du Collège des médecins du Québec, que nous avons exposée dans le premier chapitre. En outre, les médecins interrogés conviendraient, dans l'ensemble, que des MAC sont prometteuses pour ce qui est du soulagement des symptômes ou du traitement de certaines affections, révélant ainsi leur ouverture à l'égard de ces approches. D'après WAHNER-ROEDLER *et al.*, cette étude fait ressortir les besoins des médecins en matière de formation sur les MAC et l'importance de leur fournir un accès facile à des données probantes à cet égard. Malheureusement, les auteurs ont obtenu un taux de réponse inférieur à ce qu'ils espéraient (33 %). Cependant, leur échantillon était représentatif de la population à l'étude pour ce qui est de la distribution des données relatives à l'âge, au sexe et au domaine d'exercice. Ils conviennent que leur étude comporte des limites, notamment en raison du taux de réponse, qui rend l'interprétation des résultats difficile puisque les opinions extrêmes risquent d'être surreprésentées. Ils ajoutent que le sondage n'était adressé qu'aux médecins du département de médecine et que les réponses pourraient avoir été différentes dans d'autres départements. Enfin, la généralisation des résultats serait, encore une fois, limitée par la spécificité de la population à l'étude, provenant du même hôpital universitaire.

BEN-ARYE *et al.* (2008) ont effectué une étude exploratoire portant sur les perspectives de patients, de médecins et de praticiens d'approches complémentaires quant à l'intégration des MAC aux soins de santé primaires. Ils ont élaboré un questionnaire, à la suite d'une revue exhaustive de la littérature et d'une série d'entrevues de groupe,

qu'ils ont ensuite distribué à un échantillon aléatoire composé de patients d'une clinique de médecine familiale, ainsi que de médecins et praticiens de MAC employés par le plus grand réseau de soins de santé en Israël. Au total, 1150 patients, 333 médecins et 241 praticiens de MAC ont rempli le questionnaire. Les auteurs ont conclu que les patients (85,6 %), les praticiens de MAC (82,4 %) et les médecins (62,6 %) souhaiteraient que les médecins de famille assument un rôle important en ce qui a trait à la recommandation d'utiliser une MAC et, dans une moindre mesure, qu'ils offrent eux-mêmes ce type de traitement (28,2 % des patients, 3,8 % des praticiens de MAC et 14,5 % des médecins partageraient ce dernier point de vue). Les auteurs reconnaissent certaines limites à leur étude. Ainsi, ils notent qu'il pourrait être difficile de généraliser les résultats étant donné que les patients ont été recrutés à partir d'une seule clinique. De plus, ils croient qu'un biais de sélection pourrait avoir été causé par la méthodologie employée (les questionnaires ont été distribués directement aux patients, alors que les médecins et les praticiens de MAC ont reçu les questionnaires par la poste ou via Internet). Ils admettent enfin que le faible taux de réponse des médecins (13 %) pourrait avoir été causé par le fait que le questionnaire était sur support électronique ou par leur manque d'intérêt ou leur opposition aux MAC. Ils concluent qu'en dépit de ces éventuels biais, il est intéressant de constater les différences d'opinion, entre les médecins, les patients et les praticiens de MAC, quant à l'intégration des MAC en milieu clinique.

2.3.2.5 Principales études menées au Québec et au Canada

GOLDSZMIDT *et al.* (1995) ont mené une étude auprès de 200 omnipraticiens de la province de Québec. Ils souhaitent déterminer leurs habitudes quant à la consultation de praticiens d'approches complémentaires comme l'acupuncture, la chiropratique et l'hypnothérapie. Ils cherchaient également à évaluer la perception des omnipraticiens de l'utilité de ces approches, ainsi que leur niveau de connaissances et de formation antérieure et leur désir d'obtenir une formation accrue à cet égard. Les auteurs étaient d'avis qu'en raison de l'utilisation croissante par les québécois des approches complémentaires et de l'accumulation de données probantes suggérant leur efficacité dans certains cas, les professionnels de la santé devraient en savoir suffisamment sur leur utilité et efficacité pour être en mesure de conseiller leurs patients. On retrouve ici certaines des prémisses de notre propre raisonnement pour justifier la réalisation de notre étude (utilisation croissante des MAC, existence de données probantes, nécessité d'être suffisamment informés pour être en mesure de conseiller judicieusement les patients). Par conséquent, et comme il s'agit d'une étude québécoise, nous nous attarderons un peu sur la méthodologie et les résultats. GOLDSZMIDT *et al.* ont posté un questionnaire auto-administré à un échantillon aléatoire de 200 omnipraticiens. Il s'agissait d'une étude exploratoire transversale. Mis à part la validité de contenu, les auteurs précisent qu'ils n'ont pas évalué la validité et la fidélité de l'instrument de mesure. Ils ajoutent qu'ils ont arbitrairement choisi de limiter l'étude aux trois approches qui, selon eux, étaient les plus couramment utilisées, soit l'acupuncture, la chiropratique et l'hypnothérapie. Ils ont emprunté et adapté un questionnaire utilisé dans une étude précédente, réalisée dans les années 1980 en Nouvelle-Zélande. Pour ce qui est des habitudes de consultation, les

omnipraticiens devaient préciser s'ils envoyaient des patients voir des médecins pratiquant une approche complémentaire ou des praticiens de ce type d'approche autres que des médecins. En ce qui a trait à l'utilité des approches complémentaires, les médecins devaient indiquer leur utilité au moyen d'une échelle de Likert. De même, ce type d'échelle était proposé pour l'autoévaluation des connaissances des omnipraticiens à l'égard de ces approches. Pour toutes les autres questions, les répondants avaient le choix entre deux réponses, oui et non. Les auteurs ont obtenu un taux de réponse de 73 %. Selon les données démographiques recueillies, les répondants étaient représentatifs de la population à l'étude. Ils étaient 59 % et 68 %, respectivement, à avoir envoyé des patients voir des médecins pratiquant une approche complémentaires et des praticiens d'une de ces approches. Ce sont l'acupuncture et la chiropratique qui étaient les approches les plus populaires pour ces consultations. Plus de 80 % des répondants croyaient à l'utilité d'au moins une approche sur trois (plus de 70 % pour l'acupuncture et la chiropratique). Par contre, le niveau de connaissances et de formation antérieure relativement à l'acupuncture, à la chiropratique et à l'hypnothérapie était faible. Seulement 11 %, 10 % et 8 %, respectivement, des répondants ont déclaré avoir un niveau élevé de connaissances à l'égard de ces approches et seulement 8 %, 2 % et 3 %, respectivement, des répondants disaient avoir reçu une formation. Toutefois, 48 % des répondants souhaitaient obtenir une formation accrue à l'égard d'au moins une de ces approches. Ainsi, les auteurs concluent à la nécessité d'élaborer des programmes de formation. Les limites de cette étude, reconnues par ses auteurs, incluent le fait qu'ils n'ont sondé les répondants que par rapport à trois approches complémentaires et qu'ils n'ont pas tenté, mis à part la validité de contenu, d'estimer la validité interne et externe du questionnaire.

De plus, ils ajoutent que la petite taille de l'échantillon et un biais de réponse éventuel (sans préciser lequel), notamment, pourraient avoir une incidence sur les résultats. Enfin, les observations des auteurs datent de plusieurs années.

VERHOEF et SUTHERLAND (1995) ont effectué une enquête auprès de 400 omnipraticiens de l'Alberta et de l'Ontario. Ils ont publié leurs résultats dans deux revues (*Social Science & Medicine* et *Canadian Family Physician*). Ces auteurs visaient à décrire les opinions et comportements des omnipraticiens à l'égard des médecines alternatives. Ils supposaient au départ qu'une telle étude permettrait d'obtenir des données utiles, notamment en vue de modifier et réviser les programmes d'études pour les étudiants en médecine de niveau pré- et postdoctoral et les activités de formation continue. Ils rejoignent ainsi notre préoccupation quant aux besoins des omnipraticiens du Québec en matière de formation à l'égard des MAC. Toutefois, cette étude date de plusieurs années, comme la précédente, et ne reflète peut-être pas la situation actuelle au Québec. Néanmoins, elle mérite que nous exposions brièvement la méthodologie employée et les principales observations et conclusions de ses auteurs. Il s'agit d'une étude transversale, menée au printemps 1992 auprès d'un échantillon aléatoire de 400 omnipraticiens (200 en Alberta et 200 en Ontario). Le questionnaire postal avait fait l'objet d'un pré-test auprès d'omnipraticiens de Calgary et comportait certains éléments empruntés à des instruments utilisés dans le cadre d'autres études. Comme médecines alternatives, les auteurs avaient inclus la chiropratique, les herbes médicinales, la naturopathie, l'homéopathie, l'ostéopathie, la guérison spirituelle, l'hypnothérapie, la réflexologie et l'acupuncture. Les répondants étaient représentatifs des populations à

l'étude pour ce qui est de l'âge et du sexe. C'est à l'égard de la chiropratique, de l'hypnothérapie et de l'acupuncture que les omnipraticiens déclaraient avoir le plus de connaissances. Ce sont les mêmes approches qui étaient considérées les plus utiles. En revanche, la réflexologie, la naturopathie et l'homéopathie étaient considérées les moins utiles. Pour ce qui est des aspects pertinents à notre problématique, 20 % des répondants avaient reçu de la formation sur les médecines alternatives, en particulier sur l'hypnothérapie et l'acupuncture. Parmi ceux qui n'avaient reçu aucune formation, 50 % souhaitaient en recevoir, surtout sur l'hypnothérapie et l'acupuncture. Un peu plus de la moitié des omnipraticiens ont indiqué avoir envoyé des patients voir des praticiens d'approches alternatives, soit un chiropraticien (83 %), un acupuncteur (42 %) ou un hypnothérapeute (17 %), ce qui laisse supposer une certaine ouverture à l'égard des MAC. VERHOEF et SUTHERLAND ont toutefois certaines réserves quant à l'interprétation des résultats. Ils admettent que le taux de réponse relativement faible (environ 50 %) pourrait entraîner un biais, mais ajoutent qu'un suivi effectué auprès des non-répondants et que la distribution des données démographiques atténueraient cette possibilité. Par ailleurs, la petite taille de l'échantillon restreindrait la capacité de l'étude de faire ressortir des différences significatives entre les variables étudiées. De plus, l'utilisation intentionnelle d'une définition vague pour les médecines alternatives les a empêchés de recueillir des nuances quant aux opinions des omnipraticiens à l'égard d'approches spécifiques. Enfin, ils croient qu'il ne soit pas possible de généraliser les résultats à d'autres populations d'omnipraticiens, dans d'autres provinces par exemple, en raison des écarts notés par rapport aux résultats d'études menées dans d'autres pays.

KACZOROWSKI *et al.* (2002) ont effectué une étude auprès des 837 médecins en pratique active d'Hamilton, en Ontario, afin d'explorer leur rôle au sein du «paradigme des approches complémentaires» et leur perception des programmes de formation nécessaires à cet égard. Les auteurs leur ont fait parvenir un questionnaire postal auto-administré, élaboré à partir d'une revue de la littérature et comportant également des questions nouvelles. L'instrument de mesure avait fait l'objet d'un pré-test auprès de dix médecins de famille et sa validité de contenu avait été établie. Le protocole de recherche avait été approuvé par le comité d'éthique de l'Université McMaster. Les auteurs soulèvent des points intéressants dans le contexte de notre problématique. Ainsi, ils notent, dans leur discussion, que les médecins s'intéressent de plus en plus aux thérapies complémentaires, souhaitant accroître leurs connaissances sur l'efficacité de ces approches et améliorer leur capacité à conseiller judicieusement leurs patients. Plus particulièrement, les médecins s'inquièteraient de l'absence de réglementation quant à l'utilisation des approches complémentaires et du niveau de connaissances des usagers à l'égard de ces traitements. Les médecins de familles et spécialistes ont également indiqué que leurs besoins en matière de formation consistaient principalement à accroître leurs connaissances sur la démarche scientifique éventuelle sur laquelle reposeraient les approches complémentaires, sur les données probantes quant à leur efficacité, ainsi que sur les interactions possibles entre les soins conventionnels et ces approches. Il serait également important, font remarquer les auteurs de l'étude, que les médecins soient informés du recours à une MAC par leurs patients, en raison des risques d'effets secondaires et d'interactions nocives. KACZOROWSKI *et al.* concluent que ces médecins sont intéressés à accroître leur formation sur les approches complémentaires et

à conseiller leurs patients à cet égard. Cette étude a ainsi contribué à la formulation de notre objectif principal, à savoir d'explorer si les omnipraticiens sont en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC. Elle comporte cependant certaines limites. Comme le questionnaire est auto-administré, il ne reflète peut-être pas exactement la réalité. En effet, il est possible que les participants à cette étude aient voulu se présenter sous un jour favorable et aient modifié leurs réponses (désirabilité sociale). Le taux de réponse moyennement satisfaisant (50,2 % pour les médecins de famille et 49,7 % pour les médecins spécialistes) soulève aussi des problèmes d'interprétation des résultats. De plus, l'étude regroupe, au sein d'une même catégorie, les médecins de famille et les médecins spécialistes, ce qui empêche d'établir des distinctions d'après les sous-spécialités. Les auteurs précisent également qu'il s'agit simplement d'une étude descriptive, menée dans une seule zone géographique auprès d'un échantillon de petite taille. Enfin, ils admettent que l'instrument de mesure pourrait être amélioré grâce à un processus de validation plus rigoureux.

SUTER *et al.* (2004) ont mené une étude transversale auprès d'un échantillon aléatoire de médecins de famille membres du College of Physicians and Surgeons de l'Alberta. Ils visaient à évaluer si les médecins de famille de l'Alberta étaient intéressés d'obtenir de l'information sur les MAC et à préciser quelles sources d'information ils utilisaient. Les auteurs rapportent que la majorité des médecins interrogés étaient intéressés à être informés sur les MAC (71 %), principalement l'acupuncture, les herbes médicinales, la massothérapie, la chiropratique et la méditation. Ils notent aussi que, lorsque les médecins abordent le sujet des MAC avec leurs patients, ils discuteraient le

plus souvent d'acupuncture, de chiropratique et de massothérapie. Toutefois, sans préciser dans quelle proportion, ils soulignent que les médecins albertains ayant participé à leur étude étaient divisés quant à savoir s'il leur incombait de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC et de répondre à leurs questions à ce sujet, ce qui est intéressant dans le contexte de notre problématique. Ces auteurs concluent par ailleurs que ces médecins connaissaient mal les ressources électroniques ou ne les utilisaient pas de façon régulière. Ils rapportent que 42 % et 35 %, respectivement, des médecins sondés ne connaissaient pas ou n'utilisaient pas Cochrane Collaboration, une source de données probantes pourtant reconnue. En ce qui a trait aux limites de leur étude, les auteurs mentionnent le faible taux de réponse (34 %) qu'ils ont obtenu. Ils notent également que les médecins de famille intéressés aux MAC pourraient être surreprésentés et ainsi introduire un biais de réponse susceptible d'avoir une incidence sur les résultats. Ils concluent qu'il faut en tenir compte pour leur généralisation.

GODIN *et al.* (2007) ont réalisé, au Québec, une étude à partir d'un cadre théorique similaire à celui adopté par MILDEN et STOKOLS (2004). Ils cherchaient à nommer les facteurs déterminant, chez les omnipraticiens, les étudiants en quatrième année de médecine et les résidents en médecine familiale, l'intention d'encourager un patient à utiliser une MAC. Les auteurs ont interrogés 500 omnipraticiens, 298 résidents en médecine familiale et 606 étudiants en quatrième année de médecine au moyen d'un questionnaire postal auto-administré. Ils ont obtenu un taux de réponse de 54,2 % (42 % pour les omnipraticiens, 53,7 % pour les résidents et 64,8 % pour les étudiants en médecine). Cette étude est la première, selon les auteurs, à faire appel à la théorie du

comportement planifié pour expliquer l'intention de médecins d'encourager leurs patients à utiliser une MAC. Le cadre théorique était bien adapté aux buts de l'étude. De plus, la validité et la fidélité du questionnaire élaboré dans le cadre de l'étude avaient été évaluées et étaient satisfaisantes. Toutefois, les variables mesurées (notamment, les barrières perçues, facteurs facilitant et croyances comportementales selon le niveau d'intention), et l'angle sous lequel elles sont explorées, sont assez éloignés de notre cadre conceptuel. Néanmoins, les auteurs tirent certaines conclusions intéressantes dans le contexte de notre problématique. Ils indiquent ainsi que, pour faciliter la coexistence des MAC et de la médecine scientifique occidentale, les médecins et étudiants en médecine doivent recevoir une formation de base sur les différentes approches et avoir accès à des données probantes quant aux risques et avantages de ces approches. Cela contribuerait, selon les auteurs, à réduire les résistances observées tout en favorisant la prise de décisions éclairées au moment de recommander un traitement.

2.3.3 Questionnaires sur l'attitude du milieu médical envers les MAC

Il existe, à notre connaissance, peu de questionnaires visant à explorer l'attitude du milieu médical envers les MAC dont la validité et la fidélité ont été appréciées. Dans notre revue de littérature, nous en avons repéré trois. Nous résumons ici brièvement les articles publiés à leur sujet.

Le Integrative Medicine Attitude Questionnaire (IMAQ) comporte 29 énoncés. Il s'adresse aux médecins et étudiants en médecine. Il vise à évaluer l'ouverture des

médecins à l'égard des MAC et de la médecine intégrative (21 énoncés), ainsi que de la relation médecin-patient (8 énoncés). Il a été élaboré par SCHNEIDER *et al.* (2003). Les auteurs ont d'abord procédé à une revue de littérature pour définir les principaux thèmes associés au concept de médecine intégrative. Puis, avec l'aide de groupes de discussion (focus group) composés de professeurs, de résidents et d'étudiant en médecine d'un programme universitaire de médecine intégrative, ils ont attribué un score à chaque énoncé afin de déterminer sa correspondance avec les thèmes identifiés précédemment. Les énoncés ont été soumis, afin d'évaluer leur validité de contenu, aux mêmes groupes de discussion jusqu'à ce qu'ils obtiennent un score satisfaisant. La fidélité de l'instrument de mesure a par la suite été estimée, dans le cadre d'une étude, par un échantillon de 153 répondants, comprenant 111 médecins inscrits à un programme de formation continue d'un centre hospitalier universitaire et 95 professionnels de la santé (principalement des médecins) participant à la conférence annuelle de l'American Holistic Medical Association. Cet échantillon hétérogène, choisi en raison des différences d'attitudes possibles envers les MAC et la médecine intégrative, a permis de démontrer la fidélité de l'instrument de mesure. Celle-ci est acceptable, comme l'indiquent les alphas de Cronbach obtenus (0,91 pour la section sur «l'ouverture à de nouvelles idées et paradigmes» et 0,72 pour la section sur la «valeur de l'introspection et de la relation médecin-patient»). Les auteurs ont conclu à la fidélité et la validité de leur instrument de mesure pour mesurer les attitudes envers les MAC et la médecine intégrative, plus précisément en ce qui a trait à l'ouverture à de nouvelles idées et paradigmes et à la valeur de l'introspection et de la relation médecin-patient. Ils ajoutent que cet instrument peut être utilisé pour aider à comprendre si les médecins sont prêts à recourir à une MAC

dans le cadre des traitements offerts aux patients. Il permet ainsi peut-être d'évaluer l'ouverture à l'égard des MAC (mais également de la médecine intégrative, qui est un concept bien distinct), ce qui se rapproche de l'une de nos questions de recherche. Toutefois, bien que les énoncés compris dans cet instrument soient intéressants, nous préférons une formulation avec une mise en contexte plus concrète pour tenter de répondre à cette question de recherche (l'ouverture à l'égard des MAC).

Le CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) comporte, quant à lui, dix énoncés. Ses auteurs (LIE et BOKER, 2004) visaient à élaborer et valider un instrument de mesure court et pratique pour mesurer les attitudes et croyances des étudiants en médecine à l'égard des MAC. Ils souhaitaient, comme objectif secondaire, établir un questionnaire de référence pour évaluer, dans le cadre d'études longitudinales, la progression des apprentissages après la mise en œuvre d'un programme de formation sur les MAC. Le contenu des énoncés a été choisi à l'aide d'une méthode itérative comprenant une revue de littérature exhaustive. La validité de contenu du CHBQ a été établie par consensus au sein d'un groupe de travail interdisciplinaire dirigé par l'auteure principale. Le questionnaire a par la suite été remis à trois classes successives d'étudiants en médecine, invitées également à remplir le IMAQ pour fin de comparaison. L'analyse des résultats a permis d'établir la fidélité de l'instrument et sa validité liée au critère. Ainsi, le CHBQ se comparerait favorablement au IMAQ pour ce qui est de la consistance interne, un des critères utilisés pour évaluer la fidélité d'un instrument de mesure. Les auteurs ont par ailleurs conclu que le CHBQ était un instrument pratique, valide et fidèle pour mesurer les attitudes et croyances des étudiants et qu'il serait éventuellement utile pour évaluer

l'incidence des programmes de formation sur les MAC. Les auteurs notent que le CHBQ a l'avantage de ne pas se limiter aux étudiants en médecine et qu'il pourrait même être utilisé pour d'autres professionnels de la santé, notamment des résidents et des infirmières, à condition qu'il soit au préalable validé auprès de ces populations. Cependant, malgré son intérêt certain, cet instrument ne permettrait pas, croyons-nous, de répondre à nos questions de recherche, car les variables qu'il sert à mesurer (attitudes, croyances et progression des apprentissages) ne sont pas les mêmes que celles que nous explorons dans notre étude.

Enfin, le IM-30 comporte 30 énoncés et s'adresse aux médecins et aux praticiens de MAC. Ses auteurs, HSIAO *et al.* (2005) cherchaient à élaborer un instrument pour évaluer l'attitude des cliniciens envers la médecine intégrative. Pour la construction du IM-30, les auteurs ont d'abord effectué une analyse qualitative d'entrevues semi-structurées (menées auprès de 13 médecins, 13 médecins-acupuncteurs, 12 chiropraticiens et 12 acupuncteurs) afin d'élaborer un modèle conceptuel de la médecine intégrative du point de vue du fournisseur de soins de santé. À partir de ce modèle conceptuel, ils ont formulé une version initiale d'un instrument de mesure, comportant 63 énoncés. Après une nouvelle série d'entrevues auprès de dix praticiens, les énoncés ont été révisés et les auteurs en ont conservé 56. Cette nouvelle version a été soumise à un échantillon de 294 praticiens afin d'en estimer la fidélité et la validité. L'échantillon était composé des 50 participants à la première série d'entrevues semi-structurées, ainsi que de 71 médecins dispensant des soins de santé primaires, 58 médecins-acupuncteurs, 55 chiropraticiens et 60 acupuncteurs. L'analyse des résultats de cette enquête a mené à

l'élaboration de la version finale de l'instrument, le IM-30. Celui-ci comprend trente énoncés visant à mesurer l'intérêt et l'ouverture à travailler avec des praticiens adoptant d'autres paradigmes (dix énoncés), la promptitude à diriger un patient vers un praticien adoptant d'autres paradigmes (sept énoncés), la source d'apprentissage sur les autres paradigmes (cinq énoncés), l'importance accordée à l'approche centrée sur le patient (trois énoncés) et l'innocuité de la médecine intégrative (cinq énoncés). HSIAO *et al.* ont conclu que leur étude a permis de corroborer la fidélité et la validité du IM-30 comme instrument de mesure de l'attitude des cliniciens envers la médecine intégrative. Ils ajoutent que cet instrument peut être utilisé à la fois auprès des médecins et des praticiens de MAC. Ce questionnaire est intéressant puisqu'il peut servir à mesurer l'ouverture envers la médecine intégrative, ce qui se rapproche d'une de nos questions de recherche (l'ouverture à l'égard des MAC). Toutefois, malgré leurs chevauchements, les notions de médecine intégrative et de MAC sont distinctes et les énoncés du CHBQ ne permettraient pas, estimons-nous, de répondre à cette question de recherche.

2.4 Principaux thèmes de la recension des écrits et contribution éventuelle de notre étude à l'avancement des connaissances

Dans ce chapitre, nous avons résumé notre recension des écrits. Nous avons ainsi commencé par définir brièvement la notion de médecines alternatives et complémentaires (MAC) et nous avons donné un aperçu des systèmes de classification des MAC. Nous avons poursuivi avec une section sur la médecine intégrative, issue d'un courant apparu dans les années 1990 en réponse à la popularité croissante des MAC. Nous avons ensuite enchaîné avec la place qu'occupent les données probantes sur les MAC dans notre

problématique, suivie d'un examen critique des études sur l'attitude des médecins à l'égard des MAC, sur l'utilisation de ces approches dans les traitements offerts et, toujours en ce qui a trait aux médecins, sur les enjeux et besoins en matière de formation sur les MAC. Nous avons terminé avec un survol des principaux questionnaires publiés à ce jour sur l'attitude du milieu médical envers les MAC ou la médecine intégrative.

Dans notre introduction, au chapitre précédent, nous avons postulé que, pour assurer la sécurité des usagers des soins de santé, qui continueront vraisemblablement à utiliser les MAC sans nécessairement posséder les connaissances requises pour faire un choix éclairé et sécuritaire, il faudrait pouvoir les conseiller à cet égard. Nous ajoutons que les omnipraticiens, en raison de leur formation et de leur importance dans la prestation des soins de santé, semblaient bien placés pour assumer ce rôle. Nous avons d'ailleurs déduit d'une première recherche documentaire que les obligations déontologiques que se sont imposées les médecins du Québec devraient les conduire à assumer ce rôle, puisqu'elles consisteraient notamment à s'appuyer sur les données probantes de la science médicale pour fournir au patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC une information objective lui permettant de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de son choix et d'ainsi prendre une décision éclairée. Nous constatons cependant malheureusement que des études soulignaient l'embarras de plusieurs médecins à discuter des MAC avec leurs patients. Nous avons donc décidé que l'objectif principal de notre étude serait d'explorer si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

Notre recension des écrits nous a permis d'alimenter notre réflexion à cet égard, notamment quant aux besoins des médecins du Québec en matière de formation sur les MAC et quant à l'ouverture dont ils doivent faire preuve, s'ils veulent favoriser la communication avec leurs patients et éviter les interactions nocives entre les traitements. Par ailleurs, de nombreuses études visent à décrire les attitudes des médecins et des professeurs en médecine concernant les MAC. Ces études sont en général descriptives et transversales. Au Canada, une seule de ces études, croyons-nous, s'est intéressée à la connaissance des sources de données probantes relatives aux MAC (celle de SUTER *et al.*, 2004). Toutefois, nous n'avons trouvé aucune étude portant directement sur le rôle des médecins du Québec concernant l'utilisation des médecines alternatives ou complémentaires et sur leurs obligations déontologiques à cet égard. Or, compte tenu de notre problématique, c'est justement cette population qui nous intéresse. Nous avons donc choisi de mener notre propre étude et de tenter de vérifier si les conditions sont réunies pour que les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur une utilisation judicieuse des MAC. Nos questions de recherche porteront donc, rappelons-le, sur les perspectives des omnipraticiens quant à leurs obligations déontologiques, à leur rôle, à l'utilisation des données probantes, à leur responsabilité professionnelle et à leur ouverture lorsqu'un patient choisit ou envisage de recourir à une MAC. Nous reproduisons, dans le paragraphe qui suit, l'objectif principal de notre étude et nos questions de recherche. Le prochain chapitre présente le protocole de recherche mis en œuvre pour atteindre cet objectif et répondre à ces questions. Cela permettra, espérons-nous, d'alimenter la réflexion sur les enjeux liés aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) afin de mieux positionner l'enseignement aux étudiants en

médecine et les activités de formation continue à ce sujet. Les résultats de notre étude pourraient également servir dans le cadre de communications scientifiques (congrès, colloques, articles).

Objectif principal :

- Explorer si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

Questions de recherche :

- A. Les omnipraticiens du Québec connaissent-ils leurs obligations déontologiques envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC ?
- B. Comment les omnipraticiens du Québec perçoivent-ils leur rôle, en tant que médecin, envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC ?
- C. Les omnipraticiens du Québec pensent-ils que l'utilisation des MAC est uniquement justifiée en présence de données probantes ?
- D. Les omnipraticiens du Québec savent-ils où obtenir des données probantes sur les MAC ?
- E. Les omnipraticiens du Québec consultent-ils les données probantes sur les MAC ?
- F. Les omnipraticiens du Québec pensent-ils qu'ils engagent leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils conseillent leurs patients sur l'utilisation des MAC ?
- G. Quelles est l'ouverture des omnipraticiens du Québec à l'égard des MAC ?

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Dispositif de recherche

Nous avons effectué une recherche exploratoire descriptive reposant sur une méthodologie quantitative. Cette recherche se situe au niveau descriptif étant donné l'état des connaissances sur le sujet et en raison du peu d'information qui existe sur la perception des omnipraticiens de leur capacité de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC. Elle repose sur une méthodologie quantitative afin de pouvoir sonder un échantillon plus large d'omnipraticiens et recueillir des données sur leurs perspectives. Cette méthodologie permet d'établir des relations statistiques et de faire ressortir des différences significatives entre les variables étudiées, avec un risque alpha de 0,05, par l'établissement de croisements au moyen de tests du chi carré ou, lorsque nécessaire, de tests exacts de Fisher ou tests t.

3.2 Population à l'étude et critères de sélection

La population à l'étude est constituée de l'ensemble des omnipraticiens membres du Collège des médecins du Québec qui exerçaient au 31 décembre 2007 (soit 9549 omnipraticiens, selon les données du Collège des médecins du Québec) car, en raison de leur formation et de leur importance dans la prestation des soins de santé, ils sont bien placés pour conseiller les usagers sur l'utilisation des MAC et leur permettre de faire un choix éclairé et sécuritaire. L'étude est restreinte aux omnipraticiens du Québec puisque le cadre conceptuel de notre étude est délimité par les obligations déontologiques que se sont imposées les médecins du Québec.

De plus, seuls les omnipraticiens en pratique clinique active ont été retenus. En effet, nous sommes d'avis que ce sont surtout ces omnipraticiens qui sont en mesure d'aider les usagers à faire un choix éclairé, lorsque ces derniers envisagent de recourir à une MAC, et donc de contribuer à assurer leur sécurité et résoudre la problématique exposée au premier chapitre.

3.3 Instrument de mesure

Nous avons utilisé, comme instrument de mesure, un questionnaire d'auto-perception, c'est-à-dire la perception qu'ont les omnipraticiens de leur propre capacité, rôle ou responsabilité envers leurs patients dans une situation donnée. La construction du questionnaire a nécessité plusieurs étapes. Nous avons commencé par un parcours des références de notre recension des écrits. Nous avons également interrogé la base de données MEDLINE avec les mots clés «questionnaire», «complementary therapies» et «physicians». Nous avons ainsi retenu trois questionnaires portant sur l'attitude des professionnels de la santé à l'égard des médecines alternatives et complémentaires ou de la médecine intégrative pour nous aider dans la construction de notre instrument de mesure. Il s'agit du Integrative Medicine Attitude Questionnaire (IMAQ), du CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) et du IM-30. Le questionnaire IMAQ a été élaboré par SCHNEIDER *et al.* (2003). Il vise à évaluer l'ouverture des médecins à l'égard des MAC et de la médecine intégrative, ainsi que de la relation médecin-patient. Le CHBQ a été construit par LIE et BOKER (2004). Il cherche à mesurer les attitudes et les croyances des étudiants en médecine à l'égard des MAC. Enfin le IM-30 a été bâti

par HSIAO *et al.* (2005). Ce questionnaire s'adresse à l'ensemble des «praticiens conventionnels et alternatifs». Il aborde l'intérêt et l'ouverture à travailler avec des praticiens adoptant d'autres paradigmes, la promptitude à diriger un patient vers un praticien adoptant d'autres paradigmes, la source d'apprentissage sur les autres paradigmes, l'importance accordée à l'approche centrée sur le patient et l'innocuité de la médecine intégrative. Bien qu'aucuns de ces questionnaires ne tente d'explorer directement la capacité des omnipraticiens de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC, nous y avons puisé certaines idées pour la formulation des questions comprises dans notre instrument de mesure.

L'énoncé de position publié en mars 2006 par le Collège des médecins du Québec nous a également été grandement utile pour la construction de notre instrument de mesure puisqu'il énonce clairement les obligations déontologiques qui incombent au médecin et qui servent de cadre conceptuel à notre étude. Ces obligations, rappelons-le, consistent notamment à s'appuyer sur les données probantes de la science médicale dans le choix du traitement et à fournir au patient une information objective afin qu'il puisse bien comprendre les avantages, risques et conséquences de ses choix et prendre une décision éclairée.

Avant de formuler une première série de questions devant être intégrées à notre instrument de mesure, nous avons enfin consulté un statisticien, professeur-chercheur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. La première série de questions issues de ces étapes a été soumises à trois omnipraticiens dans le cadre d'entrevues non-dirigées. Cela nous a permis

d'ajuster nos questions et d'obtenir une nouvelle version du questionnaire, qui a fait l'objet d'un 1^{er} pré-test auprès de trois autres omnipraticiens. Nous avons ensuite consulté une biostatisticienne, dont le doctorat porte sur la collaboration interprofessionnelle entre médecins et intervenants des MAC. Ses recommandations et les résultats de ce premier pré-test informel nous ont permis de reformuler les questions de notre instrument de mesure et d'en ajouter de nouvelles. Étant donné la nature délicate du sujet abordé, ces questions ont été formulées dans un esprit de neutralité afin que les répondants n'y voient ni jugement, ni piège. Un soin particulier a été apporté afin qu'elles soient univoques et n'appellent pas de réponses du type «cela dépend».

La version finale de notre questionnaire a été mise au point après un deuxième pré-test, effectué auprès d'un échantillon de 10 omnipraticiens. Nous leur avons remis le questionnaire accompagné du texte d'introduction à l'étude. Les omnipraticiens devaient alors compléter le questionnaire et nous fournir, par l'entremise d'un formulaire de pré-test (reproduit à l'annexe B), leurs commentaires quant à la forme et au contenu du questionnaire et du texte d'introduction. Dans sa forme définitive, le questionnaire (reproduit en annexe) comporte six questions sur des données démographiques et vingt-deux questions relatives à l'objectif de recherche et aux questions de recherche. On y retrouve des questions dichotomiques, à choix multiples, avec liste de pointage, filtres et avec échelle de Likert. Des espaces pour commentaires sont prévus après certaines questions, bien qu'il s'agisse d'une méthodologie quantitative, afin de nous aider dans l'interprétation des réponses.

3.4 Fidélité et validité du questionnaire

La validité de contenu (face validity) du questionnaire a été établie par un groupe d'experts, composé des omnipraticiens ayant pris part au deuxième pré-test et de chercheurs en MAC. Il convient de préciser, pour l'interprétation et la diffusion des résultats, que la fidélité du questionnaire n'a pas été évaluée. Nous avons cependant mesuré indirectement sa consistance interne (homogénéité), une fois la collecte de données terminées, au moyen du coefficient alpha de Cronbach. Nous avons ainsi obtenu un niveau de corrélation acceptable, pour une recherche exploratoire, de 0,62 (GARSON, 2008), ce qui est un élément indicatif d'une fidélité raisonnable.

3.5 Échantillonnage

Lorsque la population accessible est considérée comme une population finie avec un effectif connu de « N », soit 9549 omnipraticiens, la détermination du « n » (effectif de l'échantillon) peut se faire en utilisant la formule de DILLMAN (2000).

$$n = \frac{N * [P * (1 - P)]}{[(N - 1) * (d / Z_{\alpha/2})^2] + [P * (1 - P)]}$$

Cette formule pose la question suivante: dans l'éventualité où nous souhaitons dichotomiser les réponses à nos questions (par exemple entre «oui» et «non» ou entre «tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord» et «plutôt d'accord, tout à fait d'accord»), quelle devrait être la valeur de « n » de l'échantillon pour que

l'intervalle de confiance d'une proportion, avec un risque alpha donné ($\alpha = 0,05$), soit précis $\pm d$ (0,10), sachant que la proportion attendue ne dépasserait pas la valeur de P présumée (soit 0,50, selon le pire des scénarios) et que la population accessible est composée de 9549 éléments (N) ?

Si $d = 0,10$; $\alpha = 0,05$; confiance = 0,95 ou 95 %; $P = 0,50$; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $N = 9549$

$$n = \frac{9549 * [0,5 * (1 - 0,5)]}{[(9549 - 1) * (0,1 / 1,96)^2] + [0,5 * (1 - 0,5)]} = 96,300...$$

donc 96 (au minimum).

Or, selon WAHNER-ROEDLER *et al.* (2006), le plus faible taux de réponse obtenu pour une étude sur l'attitude des médecins à l'égard des MAC s'établit à 17,5 %. Ainsi, puisque l'effectif de notre échantillon doit être de 96 au minimum selon la formule de DILLMAN (2000), nous avons déterminé, en utilisant une règle de trois, que nous devons envoyer au moins 550 questionnaires (voir le calcul reproduit ci-après).

$$17,5 \% = 96 / n$$

$$n = 96 / 17,5 \%$$

$$n = 548,57...$$

Pour la distribution de nos questionnaires, nous avons fait appel à *Solutions postales*. Avec ce service, l'expéditeur doit toutefois envoyer un nombre minimal de 1000 enveloppes. Ce choix offre cependant plusieurs avantages. Premièrement, en raison des tarifs préférentiels offerts par Poste Canada en matière d'affranchissement pour les envois en nombre, le coût est le même que pour l'envoi de 550 questionnaires par la poste régulière. De plus, *Solutions postales* nous a permis de gagner en efficacité et de réaliser des économies de temps puisque ce service comprenait l'envoi, le timbrage et l'étiquetage des enveloppes, ainsi que l'insertion des questionnaires dans les enveloppes. La confidentialité des noms figurant sur la liste d'envoi était en outre assurée. Enfin, comme nous avions un échantillon plus large (1000 questionnaires envoyés plutôt que 550), le nombre de répondants a été possiblement plus élevé, ce qui pourrait augmenter la validité de nos résultats.

La liste d'envoi nous a été fournie par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, avec l'autorisation de son directeur, le Dr Gilles Voyer. Cette liste a été générée par un programme informatique en lien avec la base de données du Collège des médecins du Québec. Le programme informatique permettait de faire une sélection aléatoire à partir de critères préétablis, comme le fait d'être omnipraticien (plutôt que médecin spécialiste) et le nombre de noms requis (1000 omnipraticiens).

Pour vérifier la représentativité de l'échantillon, le questionnaire distribué aux omnipraticiens comportait des questions permettant d'obtenir des données

démographiques sur le sexe, l'âge, le lieu d'obtention du diplôme et la région administrative d'exercice des répondants. Ces données ont été ensuite comparées au profil statistique des médecins et des omnipraticiens, au 31 décembre 2007, disponible le 16 novembre 2008 sur le site internet du Collège des médecins du Québec.

3.6 Déroulement de l'étude

Nous avons utilisé une méthode similaire à celle de DILLMAN (2000). La collecte des données a été faite durant le mois de septembre 2008, au moyen d'un questionnaire auto-administré, distribué par *Solutions postales*. Au total, nous avons fait trois envois, qui comprenaient : 1) le questionnaire accompagné du texte d'introduction à l'étude et d'une enveloppe-réponse préaffranchie; 2) une carte de rappel / remerciement, deux semaines plus tard; 3) une nouvelle copie du questionnaire, deux semaines après l'envoi de la carte de rappel. Le texte d'introduction à l'étude précisait que la participation était anonyme et que le fait de compléter le questionnaire serait interprété comme un consentement à l'étude. De plus, les participants étaient priés de retourner le questionnaire dûment rempli par la poste à l'intérieur d'un délai de deux semaines. Nous avons fixé au 7 novembre 2008 l'arrêt de la saisie des données, puisque nous ne recevions plus de questionnaires.

3.7 Considérations éthiques

Notre protocole de recherche, le texte d'introduction à l'étude et le questionnaire ont été présentés au Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke qui, après évaluation des aspects éthiques et scientifiques, a accepté notre projet et donné son approbation.

3.8 Analyse des données

Pour décrire notre échantillon et voir comment se répartissent les réponses à nos questions, nous avons utilisé des analyses descriptives. Les fréquences pour chaque choix de réponse à la plupart des questions ont été calculées sous forme de pourcentages. La formule de DILLMAN (2000), utilisée pour calculer la taille de l'échantillon, nous a permis d'établir des relations statistiques et de faire ressortir des différences significatives entre les variables étudiées avec un risque alpha de 0,05. Pour explorer les relations entre les variables, nous avons établi des croisements au moyen de tests du chi carré ou, lorsque nécessaire, de tests exacts de Fisher ou tests t, une valeur de $p \leq 0,05$ étant statistiquement significative. Enfin, les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS, version 17.0.

3.9 Variables ou concepts examinés

En terminant, voici une liste des variables ou concepts qui ont été explorés dans le cadre de notre étude

1. données démographiques;
2. fréquence à laquelle les omnipraticiens du Québec se font questionner au sujet des MAC par leurs patients;
3. MAC pour laquelle les omnipraticiens du Québec se font le plus fréquemment questionner par leurs patients;
4. perception des omnipraticiens du Québec de leur capacité à conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC;
5. connaissance des omnipraticiens du Québec de leurs obligations déontologiques envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC;
6. perception des omnipraticiens du Québec de leur rôle, en tant que médecin, envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC;
7. perception des omnipraticiens du Québec de ce qu'est une utilisation justifiée des MAC par leurs patients;
8. connaissance des omnipraticiens du Québec des sources de données probantes sur les MAC;
9. consultation, par les omnipraticiens du Québec, des données probantes sur les MAC;
10. perception des omnipraticiens du Québec de leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils conseillent leurs patients sur l'utilisation des MAC;
11. ouverture des omnipraticiens du Québec à l'égard des MAC.

4. RÉSULTATS

Ce chapitre porte sur les résultats de notre étude. Après une première section sur l'effectif et le taux de réponse, les résultats, accompagnés de commentaires formulés par les répondants, sont présentés par variable ou concept examiné dans le cadre de l'étude. Lorsqu'il s'agit de questions ou d'énoncés avec choix de réponses, un tableau détaille les fréquences et pourcentages, accompagnés des intervalles de confiance à 95 %. L'effectif sondé est indiqué pour chaque résultat mentionné. Il peut varier puisque certains omnipraticiens qui ont participé à l'étude n'ont pas répondu à toutes les questions. Sauf exception, nous n'indiquons pas de pourcentages pour les commentaires livrés par les omnipraticiens, étant donné la faible proportion de répondants qui ont utilisé ce moyen pour préciser leur pensée. Nous avons toutefois reproduit les commentaires susceptibles d'aider à l'interprétation des résultats et d'illustrer la variété des points de vue exprimés. Enfin, les relations d'associations entre les différentes variables, le cas échéant, font l'objet d'une section distincte.

4.1 Effectif et taux de réponse

Conformément à la méthodologie exposée au chapitre précédent, nous avons effectué notre étude auprès d'un échantillon de 1000 omnipraticiens, sélectionnés de façon aléatoire à l'aide d'un programme informatique en lien avec la base de données du Collège des médecins du Québec (CMQ). Nous avons reçu 198 questionnaires, dont trois non remplis. Le premier nous a été retourné par un médecin spécialiste

(radiologue), le second avait été envoyé à un médecin retraité, qui mentionnait en outre n'avoir jamais pratiqué la médecine, et le dernier provenait d'un chirurgien. Selon nos critères de sélection et les précisions fournies précédemment au sujet de la population à l'étude, ces trois personnes devaient être exclues de l'étude. Le taux de réponse s'élève donc à 19,5 %, avec un effectif de 195 répondants. De ce nombre, 169 répondants ont indiqué avoir une pratique clinique active (86,7 %, avec IC 95 % de 80,9; 91,0). Les 26 participants qui ont répondu négativement à cette question ont été également exclus, comme l'exigeaient nos critères de sélection (voir la section 3.2). Par conséquent, la suite des données statistiques porte sur les réponses de 169 omnipraticiens.

4.2 Données démographiques et profil de clientèle

Le tableau 1 fournit des précisions quant à la répartition des répondants selon le sexe, le lieu d'obtention du diplôme et la région administrative où ils pratiquent la médecine. Les données compilées, au 31 décembre 2007, par le Collège des médecins du Québec (CMQ) sont données à titre comparatif. Ainsi, nous constatons que les données du CMQ relatives au sexe et à la région d'exercice se retrouvent toutes, sauf pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dans les intervalles de confiance à 95 % calculés pour notre effectif. Les données du CMQ pour le lieu d'obtention du diplôme se situent dans les intervalles de confiance uniquement pour l'Université Laval et l'Université de Montréal. Toutefois, elles sont fournies à titre indicatif seulement, car elles incluent l'ensemble des médecins du Québec (omnipraticiens et

spécialistes) membres du CMQ, contrairement aux données relatives au sexe et à la région d'exercice, qui portent uniquement sur les omnipraticiens.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'effectif par rapport aux données du CMQ

	Effectif : n (%) – (IC 95 %)	CMQ : n (%)
Hommes	90 (53,3 %) – (45,5 %; 60,9 %)	5100 (55,7 %)
Femmes	79 (46,7 %) – (39,1 %; 54,6 %)	4062 (44,3 %)
Lieu d'obtention du diplôme		
Laval	47 (27,8 %) – (21,3 %; 35,3 %)	5593 (28,9 %)
McGill	6 (3,6 %) – (1,5 %; 7,9 %)	1814 (9,4 %)
Montréal	64 (37,9 %) – (30,6 %; 45,7 %)	6362 (32,9 %)
Sherbrooke	41 (24,3 %) – (18,2 %; 31,6 %)	2452 (12,7 %)
Autre université	11 (6,5 %) – (3,5 %; 11,6 %)	3133 (16,2 %)
Région administrative		
Bas-Saint-Laurent	6 (3,6 %) – (1,5 %; 8,0 %)	279 (2,9 %)
Nord du Québec	1 (0,6 %) – (0,0 %; 3,8 %)	72 (0,8 %)
Chaudière-Appalaches	5 (3,0 %) – (1,1 %; 7,2 %)	424 (4,4 %)
Mauricie-Bois-Francs	8 (4,8 %) – (2,2 %; 9,5 %)	298 (3,1 %)
Lanaudière	8 (4,8 %) – (2,2 %; 9,5 %)	391 (4,1 %)
Montréal	25 (14,9 %) – (10,0 %; 21,4 %)	1375 (14,4 %)
Centre du Québec	1 (0,6 %) – (0,0 %; 3,8 %)	194 (2 %)
Abitibi-Témiscamingue	6 (3,6 %) – (1,5 %; 8,0 %)	200 (2,1 %)
Saguenay – Lac-Saint-Jean	9 (5,4 %) – (2,6 %; 10,2 %)	319 (3,3 %)
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	9 (5,4 %) – (2,6 %; 10,2 %)	171 (1,8 %)
Laval	5 (3,0 %) – (1,1 %; 7,2 %)	353 (3,7 %)
Montréal	36 (21,4 %) – (15,6 %; 28,6 %)	2531 (26,5 %)
Outaouais	5 (3,0 %) – (1,1 %; 7,2 %)	354 (3,7 %)
Côte-Nord	4 (2,4 %) – (0,8 %; 6,4 %)	135 (1,4 %)
Laurentides	12 (7,1 %) – (3,9 %; 12,4 %)	510 (5,3 %)
Québec	16 (9,5 %) – (5,7 %; 15,3 %)	1108 (11,6 %)
Estrie	12 (7,1 %) – (3,8 %; 12,4 %)	448 (4,7 %)

L'âge moyen des répondants est de 48,1 ans, avec un écart type de 10,8. Les omnipraticiens du Québec affichaient, pour leur part, un âge moyen de 50,3 ans, selon les données du CMQ, au 31 décembre 2007, ce qui est légèrement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % pour notre effectif (46,4; 49,8). Deux répondants n'ont pas indiqué leur âge et la moyenne sur les données brutes est donc calculée pour un effectif de 167 personnes. Par ailleurs, les répondants (effectif de 167) comptent en moyenne 21,1 années de pratique, avec un écart type de 11,3.

Les omnipraticiens devaient indiquer si leur pratique actuelle incluait ou non du suivi de clientèle. Des 169 répondants ayant déjà confirmé avoir une pratique clinique active, 162 ont répondu à cette question. De ce nombre, 90,7 % (n=147 et IC 95 % de 84,9; 94,6) ont affirmé avoir une pratique incluant du suivi de clientèle.

4.3 Fréquence à laquelle les omnipraticiens se font questionner au sujet des MAC

Nous avons demandé aux omnipraticiens à quelle fréquence ils se faisaient questionner au sujet des MAC par leurs patients. Comme l'indique le tableau 2, 85,7 % (n=144 et IC 95 % de 79,3; 90,5) des répondants ont dit se faire questionner sur les MAC au moins quelques fois par mois. Les omnipraticiens devaient également nommer la MAC sur laquelle ils se faisaient questionner le plus souvent. Si nous tenons compte de toutes les réponses (effectif de 169), y compris celles comportant plus d'une MAC, 43,2 % (n=73 et IC 95 % de 35,7; 51,0) des omnipraticiens ont

déclaré se faire questionner le plus souvent au sujet des produits naturels ou des herbes ou plantes médicinales. De ce nombre, 10 % ont précisément rapporté avoir été questionnés sur la glucosamine et 5 %, sur les oméga-3. En pourcentage de répondants, les autres MAC qui ont été nommées le plus souvent sont, dans l'ordre, la chiropratique (24,9 %, avec IC 95 % de 18,7; 32,2), l'ostéopathie (18,9 %, avec IC 95 % de 13,5; 25,8), l'acupuncture (15,4 %, avec IC 95 % de 10,5; 21,9), l'homéopathie (7,7 %, avec IC 95 % de 4,3; 13,1) et la massothérapie (5,9 %, avec IC 95 % de 3,0; 10,9). Enfin, chacune des approches suivantes a été mentionnée par un seul répondant : kinésithérapie, médecine traditionnelle amérindienne, orthothérapie, podologie, manothérapie, suppléments alimentaires, auriculothérapie, vitamines et suppléments.

Tableau 2 : Fréquence des questions de patients sur les MAC

Fréquence	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tous les jours	25	14,9 (10,0; 21,4)
Quelques fois par semaine	63	37,5 (30,3; 45,3)
Quelques fois par mois	56	33,3 (26,4; 41,1)
Moins d'une fois par mois	14	8,3 (4,8; 13,9)
Jamais ou presque	10	6,0 (3,1; 11,0)
Total	168	100,0

4.4 Capacité à conseiller un patient sur l'utilisation des MAC

Les répondants devaient indiquer s'ils se sentaient généralement en mesure ou non de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC. Sur un effectif de 167 répondants, près de la moitié (47,3 %, avec IC 95 % de 39,6; 55,2) ont dit se sentir plutôt ou tout à fait en mesure de le faire. Nous avons obtenu une proportion similaire en demandant aux omnipraticiens s'ils se sentaient à l'aise de répondre aux questions de leurs patients au sujet de la MAC sur laquelle ils se font questionner le plus souvent : 50,3 % (IC 95 % de 42,4; 58,2) ont indiqué qu'ils se sentaient plutôt ou tout à fait à l'aise de le faire.

Tableau 3 : Capacité à conseiller sur l'utilisation des MAC

En mesure ou non	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Pas du tout en mesure	10	6,0 (3,1; 11,0)
Peu en mesure	55	32,9 (26,0; 40,7)
Indécis	23	13,8 (9,1; 20,2)
Plutôt en mesure	75	44,9 (37,3; 52,8)
Tout à fait en mesure	4	2,4 (0,8; 6,4)
Total	167	100,0

Tableau 4 : Aise à répondre aux questions sur une MAC spécifique

À l'aise ou non	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Pas du tout à l'aise	11	6,7 (3,6; 12,1)
Peu à l'aise	41	25,2 (18,8; 32,7)
Indécis	29	17,8 (12,4; 24,7)
Plutôt à l'aise	67	41,1 (33,6; 49,1)
Tout à fait à l'aise	15	9,2 (5,4; 15,0)
Total	163	100,0

4.5 Connaissance des obligations déontologiques envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC

Nous avons interrogé les omnipraticiens pour évaluer leur connaissance de leurs obligations déontologiques envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC. Nous leur avons présenté un énoncé résumant ces obligations et ils devaient indiquer s'ils étaient d'accord ou en désaccord avec celui-ci. L'énoncé se lisait comme suit : «De façon spécifique, lorsqu'un patient choisit ou envisage d'utiliser une MAC, il faut s'appuyer sur les données probantes pour lui fournir une information objective qui lui permette de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de ses choix et d'ainsi prendre une décision éclairée». Sur un effectif de 164 répondants, 80,5 % (IC 95 % de 73,4; 86,1) se sont déclarés plutôt ou tout à fait d'accord avec l'énoncé.

Tableau 5 : Connaissance des obligations déontologiques envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	4	2,4 (0,8; 6,5)
Plutôt en désaccord	6	3,7 (1,5; 8,2)
Indécis	22	13,4 (8,8; 19,8)
Plutôt d'accord	86	52,4 (44,5; 60,2)
Tout à fait d'accord	46	28,0 (21,5; 35,7)
Total	164	100,0

En complément à cette question, certains omnipraticiens ont ajouté des commentaires. De ceux qui étaient d'accord avec l'énoncé, plusieurs répondants (une dizaine) se sont inquiétés de leur manque de connaissances et de la disponibilité des données probantes. Quelques indécis ont également déclaré que ces données n'existent pas toujours. Deux omnipraticiens, pourtant d'accord avec l'énoncé, ont émis des réserves à propos de leurs obligations. L'un se demandait si c'était «le rôle du médecin» et l'autre affirmait que «ce n'est pas au médecin de médecine traditionnelle à fournir ces informations». Un omnipraticien, d'accord avec l'énoncé, et un indécis ont insisté sur le fait que «c'est au patient de décider». Parmi les indécis, un répondant a affirmé que «des médicaments que nous prescrivons n'ont pas de données probantes» et deux autres se sont montrés perplexes quant à l'utilisation des données probantes «à toutes les sauces» et la connaissance de «toute cette littérature».

4.6 Perception du rôle, en tant que médecin, envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC

Nous souhaitions explorer la perception des omnipraticiens de leur rôle, en tant que médecins, envers leurs patients qui choisissent ou envisagent d'utiliser une MAC. Nous leur avons ainsi demandé s'ils pensaient, de façon générale, que c'était leur rôle, en tant que médecin, de répondre aux questions de leurs patients au sujet des MAC. Sur un effectif de 164 répondants, 13,4 % (n=22 et IC 95 % de 8,8; 19,8) ont répondu par la négative. Dans leurs commentaires, environ le tiers d'entre eux se sont par ailleurs inquiétés de leur manque de connaissances ou formation à cet égard. Quelques-uns semblaient croire qu'il ne leur incombait pas de répondre aux questions de leurs patients : «champ de compétence distinct de la médecine», «c'est le choix du patient d'aller ailleurs qu'en médecine traditionnelle», «ce n'est pas mon métier», «les pharmaciens seraient plus en mesure de [...] conseiller», «la médecine est assez large sans que je conseille et explique les MAC». Parmi les omnipraticiens qui, à l'inverse, envisageaient ce rôle positivement, certains ont souligné l'utilité d'en savoir plus sur les MAC. D'autres semblaient prêts à exercer ce rôle dans les limites de leurs connaissances, mais pas à titre d'experts, ou encore «avec l'aide d'autres professionnels, tel que pharmacien, physio, ergo...».

Pour explorer cette perception, nous avons aussi présenté aux omnipraticiens un énoncé en trois parties, repris ci-après. «Lorsqu'un patient envisage d'utiliser une MAC, je considère que c'est mon rôle, en tant que médecin, de l'informer :

(énoncé 14a¹) des données probantes concernant ce traitement; (énoncé 14b¹) des risques et conséquences que comporterait ce traitement; (énoncé 14c¹) des autres traitements disponibles (MAC ou autres)». Si nous regroupons les répondants qui se sont dits plutôt ou tout à fait d'accord avec chacune des parties de l'énoncé, nous constatons que les trois quarts des répondants (75,6 %, avec IC 95 % de 68,3; 81,7) considéraient que c'est leur rôle, en tant que médecin, d'informer leurs patients sur les données probantes concernant le traitement MAC envisagé. Cette proportion monte à plus de 80 % (82,1 %, avec IC 95 % de 75,3; 87,5) pour la deuxième partie de l'énoncé (rôle du médecin d'informer des risques et conséquences que comporterait le traitement MAC envisagé) et se rapproche de 90 % (89,3 %, avec IC 95 % de 83,4; 93,4) pour la dernière partie de l'énoncé (rôle du médecin d'informer des autres traitements disponibles).

Tableau 6 : Rôle d'informer des données probantes sur un traitement (MAC)

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	6	3,6 (1,5; 8,0)
Plutôt en désaccord	17	10,1 (6,2; 16,0)
Indécis	18	10,7 (6,7; 16,6)
Plutôt d'accord	93	55,4 (47,5; 63,0)
Tout à fait d'accord	34	20,2 (14,6; 27,3)
Total	168	100,0

¹ Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'annexe A.

Tableau 7 : Rôle d'informer des risques et conséquences d'un traitement (MAC)

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	4	2,4 (0,8; 6,4)
Plutôt en désaccord	13	7,7 (4,4; 13,2)
Indécis	13	7,7 (4,4; 13,2)
Plutôt d'accord	96	57,1 (49,3; 64,7)
Tout à fait d'accord	42	25,0 (18,8; 32,4)
Total	168	100,0

Tableau 8 : Rôle d'informer des autres traitements (MAC ou autres) disponibles

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	3	1,8 (0,5; 5,6)
Plutôt en désaccord	6	3,6 (1,5; 8,0)
Indécis	9	5,4 (2,6; 10,2)
Plutôt d'accord	96	57,1 (49,3; 64,7)
Tout à fait d'accord	54	32,1 (25,3; 39,8)
Total	168	100,0

4.7 Perception d'une utilisation justifiée des MAC

Nous avons présenté aux omnipraticiens deux énoncés visant à explorer leur perception de ce qu'est une utilisation justifiée des MAC par leurs patients. Le premier énoncé se lisait comme suit : « Dans certaines circonstances, l'utilisation d'une MAC peut être justifiée, même s'il n'existe aucune donnée probante quant à son

efficacité». Le second énoncé était formulé comme suit : «Dans certaines circonstances, l'utilisation d'une MAC peut être justifiée, même s'il n'existe aucunes données probantes quant à son innocuité». Sur un effectif de 167 répondants, nous constatons que les deux tiers (67,1 %, avec IC 95 % de 59,3; 74,0) considéraient qu'il peut être justifiée d'utiliser une MAC lorsqu'il n'existe aucunes données probantes quant à son efficacité. Par contre, le quart (24,6 %, avec IC 95 % de 18,4; 31,9) pensait que l'utilisation d'une MAC peut être justifiée lorsqu'il n'existe aucunes données probantes quant à son innocuité.

Dans leurs commentaires, plusieurs répondants ont précisé que l'utilisation d'une MAC pourrait être justifiée, lorsque l'efficacité n'est pas prouvée, «si la médecine traditionnelle n'a plus rien à offrir» ou «si les modalités de traitement médical sont épuisées», mais à condition qu'il n'y ait «pas de danger». Un indécis considérait que cette utilisation serait justifiée «si c'est la dernière option». L'effet placebo a aussi été évoqué par certains omnipraticiens, d'accord avec cette utilisation, de même que «l'expérience clinique antérieure», «l'efficacité notée par le patient» et «une utilisation préalable avec résultats positifs». D'autres, indécis, étaient d'avis que «c'est la décision du patient» ou que «c'est au patient de juger». Les répondants en désaccord avec l'utilisation d'une MAC lorsque l'innocuité n'est pas prouvée ont surtout exprimé leurs inquiétudes quant aux dangers ou risques éventuels. Certains ont indiqué qu'il fallait «aviser des dangers». Par contre, un répondant trouvait que cette utilisation était justifiée «si le patient comprend que c'est sa décision, pas une recommandation». Deux autres semblaient d'accord «si les effets subjectifs ont été

positifs» ou «en soins palliatifs surtout». Un dernier, qui n'avait pas précisé s'il était ou non d'accord, a maintenu que «c'est la décision du patient».

Tableau 9 : Utilisation d'une MAC sans données probantes quant à son efficacité

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	3	1,8 (0,5; 5,6)
Plutôt en désaccord	20	12,0 (7,7; 18,1)
Indécis	32	19,2 (13,7; 26,1)
Plutôt d'accord	85	50,9 (43,1; 58,7)
Tout à fait d'accord	27	16,2 (11,1; 22,8)
Total	167	100,0

Tableau 10 : Utilisation d'une MAC sans données probantes quant à son innocuité

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	31	18,6 (13,1; 25,5)
Plutôt en désaccord	55	32,9 (26,0; 40,7)
Indécis	40	24,0 (17,8; 31,3)
Plutôt d'accord	35	21,0 (15,2; 28,1)
Tout à fait d'accord	6	3,6 (1,5; 8,0)
Total	167	100,0

Nous avons également exploré ce concept (la perception des omnipraticiens d'une utilisation justifiée d'une MAC) au moyen d'une question dichotomique. Ainsi, nous leur avons demandé s'il y avait des raisons autres que l'efficacité démontrée par

des données probantes qui pourraient justifier l'utilisation d'une MAC par un patient. Sur un effectif de 158 répondants, 73,4 % (n=116 et IC 95 % de 65,7; 80,0) ont répondu par l'affirmative. Ces derniers devaient alors préciser quelles seraient ces raisons. L'effet placebo a été évoqué par un grand nombre de répondants (près de 30 %). Beaucoup d'omnipraticiens (presque le quart) ont insisté sur le «choix», les «croyances» ou les «préférences du patient». Ils ont également été nombreux (plus de 20 %) à mentionner «l'échec de la médecine traditionnelle» ou «l'absence d'alternative». Plusieurs (près de 15 %) ont dit que «l'expérience d'autres personnes» ou les résultats obtenus par le patient par le passé pouvaient aussi servir de justification. Certains ont parlé des patients qui étaient «mécontents de la relation avec la médecine traditionnelle», qui avaient des «préjugés face à elle» ou encore qui éprouvaient «une perte de confiance dans la médecine». Quelques-uns ont mentionné le «bien-être ressenti par le patient» ou ont ajouté que cela contribuait au processus d'autonomisation («empowerment») du patient. Un répondant a évoqué les «contre-indications au traitement conventionnel». Un autre a dit ne pas vouloir «briser le lien de confiance avec le patient». En outre, plusieurs omnipraticiens (près de 15 %) ont insisté sur l'importance de l'innocuité du traitement.

4.8 Connaissance des sources de données probantes sur les MAC

Nous cherchions à évaluer la connaissance des omnipraticiens des sources de données probantes sur les MAC. Pour ce faire, nous leur avons notamment présenté l'énoncé suivant : «Il est généralement difficile de trouver des données probantes sur

les MAC». Nous leur avons également demandé s'ils croyaient qu'il est difficile de trouver des données probantes sur une MAC spécifique (soit celle sur laquelle on les questionne le plus souvent). Nous avons ainsi constaté que plus de 80 % des omnipraticiens (81,3 %, avec IC 95 % de 74,4; 86,8) interrogés considéraient qu'il est généralement difficile de trouver des données probantes sur les MAC, alors que 70 % (70,8 %, avec IC 95 % de 63,0; 77,6) pensaient que c'est le cas lorsqu'il s'agit d'une MAC spécifique. Qu'ils croient que c'est difficile ou non, plusieurs omnipraticiens (près de 10 %) semblaient, selon leurs commentaires, s'interroger sur la validité scientifique des études concernant les MAC ou sur leur disponibilité: «sources fiables ?», «études souvent à trop courte échéance», «nos revues habituelles n'en parlent pas trop», «nous commençons à peine à faire des études sur des produits que nos patients utilisent depuis plusieurs années», «peu d'études, souvent avec très peu de patients, beaucoup d'études contradictoires», «peu de données disponibles», «souvent peu documenté scientifiquement».

Tableau 11 : Difficulté à trouver des données probantes sur les MAC en général

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	5	3,0 (1,1; 7,3)
Plutôt en désaccord	5	3,0 (1,1; 7,3)
Indécis	21	12,7 (8,2; 18,9)
Plutôt d'accord	101	60,8 (53,0; 68,2)
Tout à fait d'accord	34	20,5 (14,8; 27,6)
Total	166	100,0

Tableau 12 : Difficulté à trouver des données probantes sur une MAC spécifique

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	5	3,1 (1,2; 7,5)
Plutôt en désaccord	13	8,1 (4,5; 13,7)
Indécis	29	18,0 (12,6; 25,0)
Plutôt d'accord	84	52,2 (44,2; 60,1)
Tout à fait d'accord	30	18,6 (13,1; 25,7)
Total	161	100,0

Par ailleurs, nous avons demandé aux omnipraticiens s'ils savaient où trouver des données probantes concernant l'efficacité et/ou l'innocuité de MAC spécifiques. Sur un effectif de 165 répondants, moins du quart (n=39 ou 23,6 %, avec IC 95 % de 17,5; 31,0) ont confirmé le savoir. De ce nombre, 34 (20,6 % de l'effectif, avec IC 95 % de 14,9; 27,7) ont dit consulter ces sources. Ces omnipraticiens devaient en outre indiquer quelles étaient ces ressources. Ainsi, Internet semble être une source importante de données probantes sur les MAC (22 réponses). Parmi les ressources mentionnées de façon spécifique, nous avons relevé les sites de PasseportSanté.net (nommé 9 fois), UpToDate.com (nommé 5 fois), PubMed.com (nommé 1 fois) et Quackwatch.com (nommé 1 fois), ainsi que la base de données MEDLINE (nommée 3 fois), les publications médicales ou scientifiques (nommées 17 fois) et les pharmaciens (nommés 4 fois). Comme autres sources de données probantes, nous retrouvons Santé Canada, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, les conférences et le patient, tous nommés une fois.

Pour terminer, deux énoncés exploratoires visaient également à rassembler, quoique indirectement, des données sur la connaissance des sources de données probantes sur les MAC. Plus de 60 % des répondants (63,5 %, avec IC 95 % de 55,6; 70,7) se sont dits plutôt ou tout à fait d'accord avec le premier énoncé : «la plupart des études cliniques sur les MAC sont menées avec peu de rigueur scientifique, si bien qu'on ne peut pas s'y fier», alors que près de la moitié des omnipraticiens (47,6 %, avec IC 95 % de 39,9; 55,4) interrogés se sont déclarés plutôt ou tout à fait d'accord pour affirmer que «les données probantes sur les MAC sont souvent contradictoires». Ces deux énoncés sont caractérisés par un nombre élevé d'indécis, respectivement 28,7 % (n=48) et 44,6 % (n=75).

Dans leurs commentaires concernant la rigueur scientifique, plusieurs répondants étaient d'avis que les études sur les MAC comportent des lacunes. Ils ont insisté sur «le peu de rigueur», leur aspect «subjectif», le fait qu'elles ne seraient pas «à double insu», les «cohortes faibles», les «populations trop petites pour en faire une extrapolation», les «biais méthodologiques», le «protocole peu précis» ou la «préparation bâclée». D'autres, indécis, s'exprimaient ainsi: «les meilleures études sur les MAC tendent à prouver leur inefficacité», «certaines sont bien faites mais le résultat est souvent en défaveur du produit naturel» ou «selon les études, très difficile à uniformiser». À l'inverse, un omnipraticien considérait qu'«il y a de plus en plus d'études bien faites ou en tout cas un souci de faire de bonnes études». Quant aux données probantes sur les MAC, quelques omnipraticiens ont affirmé que les études étaient «rarement peu utiles» ou «plutôt non concluantes». Parmi les indécis, un

répondant a mentionné ne pas avoir «assez lu d'études sur le sujet». Un autre a déclaré : «pas plus que nos études scientifiques».

Tableau 13 : Opinion des omnipraticiens quant au «manque de rigueur scientifique» des études cliniques sur les MAC

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	2	1,2 (0,2; 4,7)
Plutôt en désaccord	11	6,6 (3,5; 11,8)
Indécis	48	28,7 (22,1; 36,3)
Plutôt d'accord	87	52,1 (44,3; 59,8)
Tout à fait d'accord	19	11,4 (7,2; 17,4)
Total	167	100,0

Tableau 14 : Opinion des omnipraticiens quant au «caractère contradictoire» des données probantes sur les MAC

D'accord ou non avec l'énoncé	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait en désaccord	0	0,0 (0,0; 2,8)
Plutôt en désaccord	13	7,7 (4,4; 13,2)
Indécis	75	44,6 (37,0; 52,5)
Plutôt d'accord	71	42,3 (34,8; 50,1)
Tout à fait d'accord	9	5,4 (2,6; 10,2)
Total	168	100,0

4.9 Perception de la responsabilité professionnelle au moment de conseiller un patient sur l'utilisation des MAC

Nous avons demandé aux omnipraticiens s'ils pensaient qu'ils engageaient leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils conseillent un patient sur l'utilisation d'une MAC. Sur un effectif de 165 répondants, 78,8 % (n=130 et IC 95 % de 71,6; 84,6) le pensaient et 9,7 % (n=16 et IC 95 % de 5,8; 15,5) étaient indécis. Dans le groupe des indécis, un répondant a admis ne pas comprendre la question et un autre qu'il ne considérerait pas qu'il engageait sa responsabilité s'il donnait seulement son opinion, sans prescrire ni recommander une MAC. Parmi ceux qui pensaient engager leur responsabilité, un répondant se demandait si ce n'était pas de «façon limitée» et deux répondants ont spécifié qu'ils croyaient que les patients s'en remettent à eux : «les patients comptent sur nous pour avoir une information fiable», «le patient se fie souvent à notre opinion». Des 19 omnipraticiens qui ne pensaient pas engager leur responsabilité, quelques-uns ont ajouté que cela dépend de leur façon de formuler leurs conseils à l'intention des patients. Un répondant a indiqué qu'il avise le patient que cela n'est pas de sa «compétence». Un autre était d'avis qu'il «faut répondre selon [nos] connaissances et suggérer aux patients de s'informer sur l'efficacité et l'innocuité auprès des professionnels qui fournissent les soins». Enfin, un omnipraticien a ajouté : «je dis toujours au patient si une MAC est recommandée ou non; ensuite, c'est le choix du patient».

4.10 Ouverture à l'égard des MAC

Nous voulions mesurer l'ouverture des omnipraticiens à l'égard des MAC. Nous leur avons donc d'abord demandé s'il leur arrivait de conseiller à un patient d'utiliser une MAC. Sur un effectif de 164 répondants, plus des trois quarts (n=128 ou 78 %, avec IC 95 % de 70,8; 84,0) ont répondu affirmativement. Ces omnipraticiens devaient alors nommer, dans l'ordre, les trois MAC qu'ils conseillaient d'utiliser le plus souvent. Leurs réponses sont résumées dans le tableau 15. Parmi les produits naturels nommés spécifiquement, mentionnons la glucosamine (n=10 au total et n=4 comme première approche conseillée), les oméga-3 (n=6 au total et n=1 comme première approche conseillée), les phyto-estrogènes (n=4 au total et n=2 comme première approche conseillée), la mélatonine et les probiotiques (n=2 au total et n=1 comme première approche conseillée), ainsi que la valériane, l'huile d'onagre, l'échinacée et le chardon béni (n=1). Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas d'une MAC à proprement parler, la physiothérapie a été nommée par sept répondants. Elle était même la première approche recommandée par quatre d'entre eux.

Tableau 15 : MAC conseillées le plus souvent

En premier (effectif)	En deuxième (effectif)	En troisième (effectif)
Ostéopathie (29)	Massothérapie (28)	Acupuncture (27)
Massothérapie (28)	Acupuncture (25)	Massothérapie (20)
Acupuncture (26)	Ostéopathie (20)	Ostéopathie (13)
Chiropratique (21)	Chiropratique (14)	Produits naturels (13)
Produits naturels (16)	Produits naturels (14)	Chiropratique (9)
Homéopathie (1)	Naturopathie (2)	Hypnothérapie (2)
Médecine traditionnelle	Orthothérapie (2)	Homéopathie (1)
amérindienne (1)	Fasciathérapie (1)	Anti-gymnastique (1)
Techniques de relaxation (1)	Méditation (1)	Zoothérapie (1)
Yoga (1)	Multivitamines (1)	Musicothérapie (1)
	Yoga (1)	Yoga (1)
	Tai-chi (1)	

Les omnipraticiens devaient ensuite parcourir une courte vignette clinique comportant une mise en situation. La vignette se lisait comme suit : «Un patient souffrant de douleur chronique suite à un accident de la route vous confie qu'il utilise la massothérapie pour diminuer sa douleur et qu'il en ressent un bienfait. Il vous demande une prescription pour pouvoir réclamer le coût des traitements à son assureur». Les omnipraticiens devaient alors indiquer s'ils allaient acquiescer à la demande du patient. Sur un effectif de 163 répondants, la très grande majorité (n=153 ou 93,9 %, avec IC 95 % de 88,7; 96,9) le ferait, semble-t-il. La question suivante se rapportait également à la vignette clinique. Les omnipraticiens devaient dire s'ils pensaient qu'il était acceptable de prescrire de la massothérapie pour améliorer le bien-

être, même en l'absence de diagnostic de maladie. Cette fois-ci, la proportion de réponses affirmatives se situe à près de 70 % (n=113 ou 70,2 %, avec IC 95 % de 62,4; 77,0) pour un effectif de 161 répondants.

Parmi les omnipraticiens qui accéderaient à la demande de leur patient de prescrire de la massothérapie, un grand nombre (plus de 30 %) le ferait en raison de «ses bienfaits» ou pour «soulager» leur patient. Ils étaient également nombreux à croire en l'efficacité de ce type de traitement (près de 15 %). Ils ont souligné «l'absence de risques» et «l'innocuité» de cette approche. Certains ont dit vouloir le faire pour favoriser la détente ou la relaxation, ou encore pour éviter des frais inutiles au patient. D'autres accepteraient à condition de voir une amélioration clinique ou d'avoir au préalable posé un diagnostic. Quelques-uns ont mentionné «l'effet bénéfique noté par le patient» ou estimaient qu'il ne s'agissait pas d'une MAC. Un participant à l'étude considérait que ce traitement pourrait permettre de «diminuer l'utilisation de médicaments avec effets secondaires». Parmi les omnipraticiens qui refuseraient de prescrire ce traitement, certains affirmaient qu'il n'est «pas démontré scientifiquement» ou qu'il «faut éliminer une nouvelle pathologie d'abord». Un autre était d'avis qu'il s'agit d'un «traitement passager» et qu'il faut «trouver la cause de la douleur, sinon, c'est à recommencer».

Les omnipraticiens qui pensaient, en outre, qu'il est acceptable de prescrire la massothérapie en l'absence de diagnostic de maladie ont été nombreux (plus du tiers) à évoquer les «bienfaits», le sentiment de «bien-être» ou le «soulagement» qu'elle procurerait, ainsi que la réduction du stress, la détente et la prévention, ajoutant que cela «évite la médication», «diminue le risque de maladie» ou favorise l'autonomisation du patient («empowerment»). L'effet placebo et l'absence de résultats avec les traitements médicaux ont également été mentionnés. Par ailleurs, des répondants ont admis céder devant l'insistance de leurs patients. D'autres croient que la «santé et bien-être sont plus que l'absence de pathologie», que la «médecine est imprécise», qu'une demande du patient équivaut à un «symptôme» ou encore que la «douleur est un diagnostic». Certains pensaient que c'est acceptable à condition d'avoir «évalué le problème» ou éliminé tout «processus malin sous-jacent». Parmi ceux qui avaient exprimé leur désaccord, la plupart ont insisté sur la nécessité d'avoir un diagnostic de maladie, de «savoir ce qu'ils traitent» ou d'avoir «un but thérapeutique». Quelques-uns se sont inquiétés de l'utilisation des «ressources». Enfin, un répondant a spécifié qu'il refuserait de prescrire, mais accepterait de recommander la massothérapie dans ces circonstances (celles de la vignette clinique).

Les omnipraticiens devaient enfin indiquer à quelle fréquence il leur arrivait de prescrire de la massothérapie. Comme le montre le tableau 16, la moitié des répondants (n=83 ou 50 %, avec IC 95 % de 42,2; 57,8) ont confirmé prescrire ce type de traitement au moins quelques fois par mois.

Tableau 16 : Fréquence de prescription de massothérapie

Fréquence	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tous les jours	2	1,2 (0,2; 4,7)
Quelques fois par semaine	19	11,4 (7,2; 17,5)
Quelques fois par mois	62	37,3 (30,1; 45,2)
Moins d'une fois par mois	61	36,7 (29,5; 44,6)
Jamais ou presque	22	13,3 (8,7; 19,6)
Total	166	100,0

Pour mesurer le concept de l'ouverture des omnipraticiens à l'égard des MAC, nous leur avons aussi posé une question concernant leur utilisation personnelle des MAC. Ainsi, 61,9 % des répondants (n=104 et IC 95 % de 54,1; 69,2), sur un effectif de 168, ont déclaré avoir déjà personnellement utilisé une MAC, peu importe la raison. Ces omnipraticiens devaient ensuite préciser qu'elles étaient ces MAC. Leurs réponses sont résumées dans le tableau 17. Par ailleurs, une répondante a souligné que le traitement de massothérapie qu'elle avait reçu constituait un cadeau d'anniversaire qui ne lui convenait pas.

Tableau 17 : Utilisation personnelle des MAC par les omnipraticiens

MAC	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Massothérapie	74	44,0 (36,5; 51,9)
Ostéopathie	44	26,2 (19,9; 33,6)
Acupuncture	35	20,8 (15,1; 27,9)
Chiropratique	28	16,7 (11,5; 23,4)
Produits naturels	24	14,3 (9,6; 20,7)
Herbes ou plantes médicinales	18	10,7 (6,7; 16,6)
Homéopathie	10	6,0 (3,1; 11,0)
Hypnothérapie	6	3,6 (1,5; 8,0)
Yoga	2	1,2 (0,2; 4,7)
Multivitamines	1	0,6 (0,0; 3,8)
«Art thérapie»	1	0,6 (0,0; 3,8)

Enfin, nous souhaitions également connaître la perception des omnipraticiens de leur propre degré d'ouverture envers les MAC. Nous leur avons donc demandé de qualifier leur position personnelle à l'égard des MAC. Sur un effectif de 168 répondants, les deux tiers (n=114 ou 67,8 %, avec IC 95 % de 60,2; 74,7) se sont dits plutôt ouverts ou très ouverts à cet égard, mais aucun n'a déclaré être tout à fait fermé.

Tableau 18 : Position personnelle à l'égard des MAC

Ouverture ou non	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Tout à fait fermé	0	0 (0,0; 2,8)
Plutôt fermé	20	11,9 (7,6; 18,0)
Indécis	34	20,2 (14,6; 27,3)
Plutôt ouvert	94	56,0 (48,1; 63,5)
Très ouvert	20	11,9 (7,6; 18,0)
Total	168	100,0

4.11 Formation continue

Nous avons prévu quelques questions relatives à la formation sur les MAC. Les omnipraticiens devaient d'abord confirmer s'ils étaient ou non intéressés à suivre une formation sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC et, le cas échéant, préciser sous quel(s) format(s) ils souhaitaient le faire (voir le tableau 19). Sur un effectif de 167 répondants, les trois quarts (n=128 ou 76,6 %, avec IC 95 % de 69,4; 82,7) se sont montrés intéressés à recevoir une telle formation. Un répondant a indiqué qu'il serait intéressé à un «atelier interactif avec les professionnels concernés». Parmi les omnipraticiens qui ont répondu négativement, certains ont témoigné de l'intérêt si «cela est accessible et rapide» ou «intégré à d'autres formations». Un autre a déclaré être «déjà convaincu des bienfaits de certaines MAC».

En terminant, les participants à l'étude pouvaient suggérer d'autres sujets ou thèmes, en rapport avec les MAC, sur lesquels ils aimeraient recevoir de la formation. Ils ont été nombreux à préciser qu'ils souhaitaient acquérir des connaissances sur différentes MAC, notamment la chiropratique, l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnothérapie et les produits naturels, ainsi que leurs dangers, indications cliniques et coûts par rapport aux éventuels avantages qu'ils procurent. D'autres voudraient en savoir plus sur la formation des praticiens de MAC, les mécanismes de réglementation qui existent, les interactions médicamenteuses, l'opinion des patients sur les MAC, de même que les sources et la validité scientifique des données probantes.

Tableau 19 : Format sous lequel les omnipraticiens sont intéressés à suivre une formation sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC

Format	Effectif (n)	% (IC 95 %)
Conférence	105	62,9 (55,0; 70,1)
Formation en ligne (Internet)	44	26,3 (20,0; 33,8)
Lectures dirigées	35	21,0 (15,2; 28,1)

4.12 Relations d'association entre les variables étudiées

Pour explorer les relations d'association entre les différentes variables de l'étude, nous avons établi des croisements au moyen de tests du chi carré ou, lorsque

nécessaire, de tests exacts de Fisher ou tests t, une valeur de $p \leq 0,05$ étant considérée statistiquement significative. Outre les croisements motivés par les objectifs de l'étude, les résultats obtenus nous ont permis de faire ressortir certaines tendances, présentés ci-après.

Ainsi, il y a une différence significative, pour ce qui est de se sentir à l'aise ou non de répondre aux questions d'un patient au sujet d'une MAC spécifique, entre les omnipraticiens qui ont affirmé savoir où trouver des données probantes sur les MAC et ceux qui ont admis ne pas le savoir ($p = 0,009$, selon le test exact de Fisher). De cette manière, 70,3 % des omnipraticiens qui ont affirmé connaître les sources de données probantes ont dit se sentir également à l'aise de répondre aux questions d'un patient (énoncé 9a²) sur une MAC spécifique (celle sur laquelle ils se font questionner le plus souvent), contre 45,1 % de ceux qui semblaient ne pas les connaître. Toutefois, ces omnipraticiens ne se distinguaient statistiquement pas quant à leur perception de leur capacité *générale* à conseiller un patient sur l'utilisation des MAC (énoncé 11²).

En ce qui a trait à la perception du rôle, en tant que médecin, envers un patient qui envisage l'utilisation d'une MAC, les omnipraticiens se distinguent de façon significative quant à la connaissance de leurs obligations déontologiques ($p = 0,004$, selon le test exact de Fisher). En effet, 91,5 % de ceux qui semblaient connaître leurs obligations déontologiques envers ce patient (énoncé 17²) considéraient également que

² Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'annexe A.

c'était leur rôle de répondre à ses questions sur les MAC, contre 70 % de ceux qui ne semblaient pas les connaître. Parmi les omnipraticiens qui semblaient connaître leurs obligations déontologiques, 81,1 % et 87,1 %, respectivement, ont également dit que c'était leur rôle d'informer un patient qui envisage d'utiliser une MAC des données probantes concernant ce traitement ainsi que des risques et conséquences qu'il comporterait, contre 56,3 % et 65,6 %, respectivement, de ceux qui ne semblaient pas connaître leurs obligations déontologiques ($p = 0,005$ et $0,007$, selon le test exact de Fisher). Il n'y a toutefois pas de différence significative, dans ce groupe, quant au rôle d'informer un patient des autres traitements (MAC ou autres) disponibles.

Par ailleurs, les trois quarts des omnipraticiens qui semblaient prêts à assumer un rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC ont également admis ne pas connaître les sources de données probantes sur les MAC. Les pourcentages s'établissaient à 74,3 % pour le rôle consistant à répondre aux questions des patients sur les MAC et à 75,0 %, 74,8 % et 74,8 %, respectivement, pour le rôle d'informer le patient qui envisage d'utiliser une MAC des données probantes sur ce traitement, des risques et conséquences de ce traitement et des autres traitements disponibles.

D'autre part, il existe un lien significatif entre la position personnelle à l'égard des MAC, de même que l'utilisation personnelle d'une MAC, et le fait de conseiller à un patient d'utiliser une MAC ($p < 0,001$ et $p = 0,001$, respectivement, selon le test exact de Fisher). Ainsi, 89,2 % des omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC ont affirmé conseiller parfois à un patient d'utiliser

une MAC, contre 54,7 % de ceux qui se sont dits plutôt fermés ou indécis. À l'inverse, 77,3 % des omnipraticiens qui ont affirmé conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC se sont dits également plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC, contre 33,3 % de ceux qui ont déclaré ne pas le faire. De plus, ceux qui auraient utilisé personnellement une ou des MAC conseilleraient parfois, dans une proportion de 87,1 %, à un patient d'utiliser une MAC, contre 63,5 % de ceux qui n'auraient jamais utilisé personnellement une MAC.

La fréquence de prescription d'une massothérapie serait également statistiquement liée à la position personnelle à l'égard des MAC ($p = 0,013$, selon le test exact de Fisher) : 57,1 % des omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC ont mentionné prescrire de la massothérapie au moins quelques fois par mois, contre 35,2 % de ceux qui se sont dits indécis ou plutôt fermés. Enfin, il y aurait un lien significatif ($p = 0,001$, selon le test exact de Fisher) entre la position personnelle à l'égard des MAC et l'utilisation personnelle d'une ou des MAC : 71,1 % des omnipraticiens qui se sont dits plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC ont confirmé avoir déjà utilisé une ou des MAC, contre 42,6 % de ceux qui se sont dits indécis ou plutôt fermés.

Nous avons en outre observé une relation statistique entre le nombre d'années de pratique des répondants et leur position personnelle à l'égard des MAC. Ainsi, les omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC ont statistiquement ($p = 0,016$, selon le test t) moins d'années de pratique que ceux qui

se sont déclarés plutôt fermés ou indécis (19,6 années de pratique en moyenne pour les premiers, contre 24,1 années pour les deuxièmes, avec des écarts types respectifs de 11,3 et 10,7). Enfin, il y aurait également une différence significative ($p = 0,038$, selon le test t), dans le nombre d'années de pratique, entre ceux qui conseilleraient parfois à un patient d'utiliser une MAC et ceux qui ne le feraient pas. En effet, les omnipraticiens qui conseilleraient parfois à leurs patients d'utiliser une MAC avaient, en moyenne, 19,9 années de pratique (écart type de 11,0), contre 24,2 années pour ceux qui ne conseilleraient jamais d'utiliser une MAC (écart type de 10,8).

En terminant, nous avons constaté une relation statistique entre l'ouverture à l'égard des MAC et le sexe des répondants. En effet, 61,1 % des hommes ont affirmé être plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC, contre 75,6 % des femmes ($p = 0,049$, selon le test exact de Fisher).

Ainsi s'achève la présentation des résultats de notre étude. Le prochain et dernier chapitre est consacré à leur analyse.

5. DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce chapitre débute par un sommaire des résultats présentés précédemment. Il se poursuit avec une discussion critique, au cours de laquelle nous commentons ces résultats et les comparons avec ceux de travaux déjà publiés, suivie d'une section sur les forces et limites de notre étude. Le chapitre se termine avec la conclusion, les retombées éventuelles et les avenues de recherche possibles.

5.1 Sommaire des résultats

Comme nous le verrons plus loin, les omnipraticiens qui ont participé à notre étude ressemblent, pour ce qui est de leurs caractéristiques sociodémographiques (âge moyen, ainsi que répartition selon le sexe et la région administrative de pratique) à la population à l'étude (ensemble des omnipraticiens membres du Collège des médecins du Québec). Nous croyons donc que notre échantillon est représentatif de cette population. Nous avons obtenu un taux de réponse de 19,5 %¹. Parmi les omnipraticiens qui ont été retenus (n=169), 85,7 % (IC 95 % de 79,3; 90,5) ont admis se faire questionner par leurs patients au sujet des MAC au moins quelques fois par mois. En pourcentage de répondants, les principales MAC sur lesquelles ils ont déclarés se faire questionner sont, dans l'ordre, les produits naturels ou les herbes ou

¹ Conformément à nos critères de sélection, précisés aux sections 3.2 et 4.1, seuls les omnipraticiens en pratique clinique active ont cependant été retenus (n=169). Pour fins de comparaison, les taux de réponse pour les études incluses dans notre recension des écrits varient entre 13 % et 85 % (le plus faible taux de réponse pour une étude sur l'attitude des médecins à l'égard des MAC s'établissant à 17,5 %, selon WAHNER-ROEDLER *et al.*, 2006).

plantes médicinales (43,2 %, avec IC 95 % de 35,7; 51,0), la chiropratique (24,9 %, avec IC 95 % de 18,7; 32,2), l'ostéopathie (18,9 %, avec IC 95 % de 13,5; 25,8), l'acupuncture (15,4 %, avec IC 95 % de 10,5; 21,9), l'homéopathie (7,7 %, avec IC 95 % de 4,3; 13,1) et la massothérapie (5,9 %, avec IC 95 % de 3,0; 10,9). Par ailleurs, 50,3 % (IC 95 % de 42,4; 58,2) des répondants ont affirmé qu'ils se sentaient plutôt ou tout à fait à l'aise de répondre à ces questions (sur cette MAC spécifique), une proportion similaire d'omnipraticiens (47,3 %, avec IC 95 % de 39,6; 55,2) se disant *généralement* plutôt ou tout à fait en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

La majorité (80,5 %, avec IC 95 % de 73,4; 86,1) des répondants se sont déclarés plutôt ou tout à fait d'accord avec un énoncé résumant les obligations déontologiques d'un omnipraticien envers un patient qui envisage ou choisit d'utiliser une MAC. Ces obligations consisteraient à s'appuyer sur les données probantes de la science médicale pour fournir au patient une information objective lui permettant de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de son choix et d'ainsi prendre une décision éclairée. Une dizaine de répondants, d'accord avec cet énoncé, se sont en outre inquiétés de leur manque de connaissances et de la disponibilité des données probantes sur les MAC.

D'autre part, la majorité, encore une fois, des répondants étaient plutôt ou tout à fait d'accord pour dire que leur rôle, en tant que médecin, consiste à informer le patient (qui envisage d'utiliser une MAC) des données probantes concernant ce traitement

(75,6 %, avec IC 95 % de 68,3; 81,7), des risques et conséquences que comporterait ce traitement (82,1 %, avec IC 95 % de 75,3; 87,5) et des autres traitements (MAC ou autres) disponibles (89,3 %, avec IC 95 % de 83,4; 93,4). Ils étaient également nombreux à penser que c'est leur rôle de répondre aux questions des patients sur les MAC (86,6 %, avec IC 95 % de 80,2; 91,2) et à se préoccuper de leur manque de connaissances ou de formation à cet égard (près du tiers). Enfin, 78,8 % (IC 95 % de 71,6; 84,6) des omnipraticiens sondés pensaient qu'ils engageaient leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils conseillaient un patient sur l'utilisation d'une MAC.

Les deux tiers (67,1 %, avec IC 95 % de 59,3; 74,0) des répondants considéraient que l'utilisation d'une MAC peut être justifiée s'il n'existe aucunes données probantes quant à son efficacité. En l'absence de données probantes prouvant l'innocuité, c'est un peu moins que le quart (24,6 %, avec IC 95 % de 18,4; 31,9) des répondants qui pensaient que cette utilisation peut être justifiée. Dans les deux cas, plusieurs ont exprimé leurs préoccupations quant aux risques pour le patient. Lorsque nous leur avons demandé si d'autres raisons que l'efficacité démontrée par des données probantes pouvaient justifier cette utilisation, près des trois quarts (73,4 %, avec IC 95 % de 65,7; 80,0) ont répondu affirmativement. Ils ont alors évoqué surtout l'effet placebo, de même que le choix, les croyances et les préférences du patient.

D'autre part, plus de 80 % des répondants (81,3 %, avec IC 95 % de 74,4; 86,8) considéraient qu'il est difficile de trouver des données probantes sur les MAC en général, mais ce pourcentage se situait à 70 % (70,8 %, avec IC 95 % de 63,0; 77,6)

lorsqu'il s'agissait de MAC spécifiques, soit celles sur lesquelles les patients les questionnent le plus souvent. Du reste, moins du quart des répondants (23,6 %, avec IC 95 % de 17,5; 31,0) ont confirmé savoir où trouver des données probantes concernant l'efficacité et/ou l'innocuité de MAC spécifiques (sans préciser lesquelles); Internet, ainsi que les publications médicales ou scientifiques, étant d'importantes sources de données. Plus de 60 % des répondants (63,5 %, avec IC 95 % de 55,6; 70,7) étaient plutôt ou tout à fait d'accord pour déclarer que les études cliniques sur les MAC manquent de rigueur scientifique et près de la moitié (47,6 %, avec IC 95 % de 39,9; 55,4) étaient plutôt ou tout à fait d'accord pour dire que les données probantes sur les MAC sont souvent contradictoires. Le nombre d'indécis était élevé dans les deux cas (28,7 % et 44,6 %).

Plus des trois quarts des répondants (78 %, avec IC 95 % de 70,8; 84,0) ont confirmé qu'il leur arrivait de conseiller à un patient d'utiliser une MAC. Proportionnellement, ce sont l'ostéopathie, la massothérapie, l'acupuncture, la chiropratique et les produits naturels qui seraient recommandés le plus souvent. Par ailleurs, la très grande majorité des répondants (93,9 %, avec IC 95 % de 88,7; 96,9) accepterait de prescrire de la massothérapie pour que le patient puisse en réclamer le coût à son assureur. Même en l'absence de maladie, près de 70 % des omnipraticiens (70,2 %, avec IC 95 % de 62,4; 77,0) sondés trouvaient qu'il est acceptable de prescrire un tel traitement pour améliorer le bien-être, certains ajoutant que cela réduirait le risque de maladie. La moitié (50 %, avec IC 95 % de 42,2; 57,8) d'entre eux ont aussi confirmé prescrire de la massothérapie au moins quelques fois par mois.

Les répondants ont en majorité reconnu avoir déjà utilisé personnellement une MAC (61,9 %, avec IC 95 % de 54,1; 69,2). Ils auraient ainsi surtout eu recours, pour eux-mêmes, à la massothérapie (44 %, avec IC 95 % de 36,5; 51,9), à l'ostéopathie (26,2 %, avec IC 95 % de 19,9; 33,6), à l'acupuncture (20,8 %, avec IC 95 % de 15,1; 27,9), à la chiropratique (16,7 %, avec IC 95 % de 11,5; 23,4), aux produits naturels (14,3 %, avec IC 95 % de 9,6; 20,7) et aux herbes ou plantes médicinales (10,7 %, avec IC 95 % de 6,7; 16,6). D'ailleurs, les deux tiers des répondants (67,8 %, avec IC 95 % de 60,2; 74,7) se sont dits plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC. De plus, les trois quarts (76,6 %, avec IC 95 % de 69,4; 82,7) se sont montrés intéressés à recevoir une formation sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC. Ils préféreraient que ce soit, dans l'ordre, lors de conférences, sur Internet ou par le biais de lectures dirigées.

Des tests statistiques nous ont révélé des relations d'association entre certaines des variables étudiées. Nous avons ainsi remarqué que les omnipraticiens qui ont affirmé connaître les sources de données probantes sur les MAC étaient statistiquement ($p = 0,009$) plus nombreux à se sentir à l'aise de répondre aux questions d'un patient (énoncé 9a²) au sujet d'une MAC spécifique que ceux qui semblaient ne pas les connaître (70,3 % contre 45,1 %). Toutefois, ces omnipraticiens ne se distinguaient statistiquement pas quant à leur perception de leur capacité *générale* à conseiller un patient sur l'utilisation des MAC (énoncé 11²).

² Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'Annexe A.

Nous avons aussi remarqué que les omnipraticiens qui semblaient connaître leurs obligations déontologiques envers un patient qui envisage l'utilisation d'une MAC étaient statistiquement plus nombreux (que ceux qui ne semblaient pas les connaître) à considérer que c'était leur rôle de répondre aux questions de ce patient (question 10³) au sujet des MAC (91,5 % contre 70 % ; $p = 0,004$), de l'informer des données probantes (énoncé 14a³) concernant ce traitement (81,1 % contre 56,3 %; $p = 0,005$) ou de l'informer des risques et conséquences (énoncé 14b³) que ce traitement comporterait (87,1 % contre 65,6 %; $p = 0,007$). Il n'y a toutefois pas de différence significative ($p = 0,104$), dans ce groupe, quant au rôle d'informer un patient des autres traitements (MAC ou autres) disponibles (énoncé 14c³). Par ailleurs, nous avons observé que les trois quarts des omnipraticiens qui semblaient prêts à assumer un rôle-conseil ont également admis ne pas connaître les sources de données probantes sur les MAC.

D'autre part, nous avons constaté que les omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC étaient statistiquement ($p = 0,001$ et $p < 0,001$) plus nombreux, que ceux qui se sont dits plutôt fermés ou indécis, à utiliser personnellement une MAC (71,1 % contre 42,6 %), ou à affirmer conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC (89,2 % contre 54,7 %). Ceux qui auraient utilisé personnellement une ou des MAC étaient également statistiquement ($p = 0,001$) plus nombreux à conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC que ceux qui n'auraient

³ Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'Annexe A.

jamais utilisé personnellement une MAC (87,1 % contre 63,5 %). Enfin, les omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC étaient statistiquement ($p = 0,013$) plus nombreux, que ceux qui se sont dits plutôt fermés ou indécis, à prescrire de la massothérapie au moins quelques fois par mois (57,1 % contre 35,2 %).

Il y aurait, en terminant, une différence significative ($p = 0,016$ et $p = 0,038$), dans le nombre d'années de pratique, entre les omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC et ceux qui se sont dits plutôt fermés ou indécis (19,6 années de pratique en moyenne pour les premiers, contre 24,1 pour les deuxièmes, avec des écarts types respectifs de 11,3 et 10,7), de même qu'entre ceux qui conseilleraient parfois à leurs patients d'utiliser une MAC et ceux qui ne le feraient pas (19,9 années de pratique en moyenne pour les premiers, contre 24,2 pour les deuxièmes, avec des écarts types respectifs de 11,0 et 10,8).

5.2 Discussion

5.2.1 Fréquence à laquelle les omnipraticiens se font questionner au sujet des MAC

La proportion d'omnipraticiens ayant admis se faire questionner au sujet des MAC (85,7 % au moins quelques fois par mois, avec IC 95 % de 79,3; 90,5) est élevée par rapport aux résultats obtenus par certains auteurs, notamment CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002), qui rapportaient que 59 % des médecins de la région

de Denver, au Colorado, s'étaient déjà fait questionner au sujet d'une MAC spécifique. Au contraire, ce pourcentage se situe en deçà des résultats publiés par COHEN *et al.* (2005), qui écrivaient que tous les omnipraticiens australiens qu'ils avaient sondés se seraient fait questionner par leurs patients au sujet des thérapies complémentaires au cours du mois précédent. Malheureusement, nous ne disposons pas d'études récentes menées au Québec ou au Canada qui auraient pu nous fournir d'autres données à cet égard. Du reste, nous pouvons supposer, compte tenu de la popularité croissante des MAC, que la plupart des omnipraticiens du Québec pourraient être appelés, dans le cadre de leur pratique, à répondre aux questions de leurs patients au sujet des MAC et ce résultat nous semble dès lors probable. Par ailleurs, il confirme la pertinence et confère une certaine valeur aux données de notre enquête. En effet, il était important d'avoir une population qui se fasse questionner sur les MAC compte tenu de notre objectif principal : explorer si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC.

Les principales MAC sur lesquelles les répondants ont déclaré s'être fait questionner, soit les produits naturels et herbes ou plantes médicinales, ainsi que la chiropratique, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie et la massothérapie, s'inscrivent dans une tendance générale notée par plusieurs auteurs, dont CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002). Dans leur étude, les omnipraticiens interrogés ont rapporté se faire questionner surtout sur l'acupuncture, les herbes ou plantes médicinales, la chiropratique, la massothérapie et, dans une moindre mesure, l'homéopathie. Dans une autre étude, effectuée en Alberta, SUTER *et al.* (2004)

rapportaient que, lorsqu'ils abordent le sujet des MAC avec leurs patients, les médecins discutaient le plus souvent d'acupuncture, de chiropratique et de massothérapie. De plus, les MAC nommées par les répondants se retrouvent toutes dans la liste établie par COHEN *et al.* (2005), aux fins de leur étude auprès des omnipraticiens australiens, en raison, peut-on présumer, de leur popularité. Enfin, elles font aussi partie des MAC dont la popularité s'accroît au États-Unis (EISENBERG *et al.*, 1993, 1998), hormis l'ostéopathie, qui serait du reste un traitement médical reconnu dans ce pays (NCCAM, 2006).

5.2.2 Capacité à conseiller un patient sur l'utilisation des MAC

L'objectif principal de notre étude, rappelons-le, consistait à explorer si les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC. Par conséquent, nous leur avons d'abord posé deux questions précisément à ce sujet, avant d'enchaîner avec d'autres questions visant à vérifier si les conditions étaient réunies pour qu'ils puissent assumer ce rôle. En réponse à la première de ces questions, 47,3 % (IC 95 % de 39,6; 55,2) des omnipraticiens sondés se sont dits *généralement* plutôt ou tout à fait en mesure de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC (énoncé 8⁴). Nous avons obtenu une proportion similaire d'omnipraticiens (50,3 %, avec IC 95 % de 42,4; 58,2) se disant plutôt ou tout à fait à l'aise de répondre aux questions d'un patient (énoncé 9a⁴) sur une MAC spécifique

⁴ Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'annexe A.

(celle sur laquelle ils se font questionner le plus souvent). Cette similarité suggère que les deux questions mesurent le même concept, mais, comme il s'agit d'une recherche exploratoire et que notre instrument de mesure n'a pas été validé, nous ne pouvons l'affirmer.

Par ailleurs, ces résultats laissent entendre qu'une bonne part des omnipraticiens du Québec (près de la moitié) ne se sentiraient pas à l'aise de discuter des MAC avec leurs patients ou de les conseiller à ce sujet. Cela est un indice, croyons-nous, de l'embarras de nombreux médecins à cet égard, déjà noté par plusieurs auteurs (CORBIN WINSLOW et SHAPIRO, 2002; WAHNER-ROEDLER *et al.*, 2006). Ces auteurs ont en effet cherché à mesurer, notamment, si les omnipraticiens se sentent à l'aise ou non de discuter des MAC avec leurs patients ou de les conseiller à ce sujet. Ainsi, CORBIN WINSLOW et SHAPIRO ont rapporté que 45 % des médecins sondés dans le cadre de leur étude se sont dits plutôt ou tout à fait à l'aise de discuter des MAC avec leurs patients, sans préciser lesquelles. COHEN *et al.* (2005) et WAHNER-ROEDLER *et al.* ont plutôt demandé à leurs populations d'omnipraticiens et de médecins respectives si elles se sentaient à l'aise de discuter avec leurs patients de MAC spécifiques (en les nommant) et de les conseiller à ce sujet. Il est toutefois difficile d'établir des comparaisons avec notre étude, puisque ces auteurs ont indiqué les pourcentages de répondants pour chaque MAC et que nous n'avons pu faire de même avec nos résultats.

5.2.3 Connaissance des obligations déontologiques et perception du rôle, en tant que médecin, envers un patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC

Nous avons déjà postulé, au premier chapitre, que le fait, pour un médecin, de conseiller ses patients sur l'utilisation des MAC s'inscrit dans ses obligations déontologiques. En nous référant à un énoncé de position publié en mars 2006 par le Collège des médecins du Québec (CMQ), nous avons souligné que ces obligations consisteraient notamment à s'appuyer sur les données probantes de la science médicale pour fournir au patient qui choisit ou envisage d'utiliser une MAC une information objective lui permettant de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de son choix et d'ainsi prendre une décision éclairée. Nous avons alors noté que ces obligations pouvaient aider les omnipraticiens à définir leur rôle concernant l'utilisation des MAC et ainsi contribuer à la sécurité de leurs patients. Il était donc important de vérifier si les omnipraticiens du Québec connaissent ces obligations et, pour cela, nous leur avons présenté un premier énoncé (énoncé 17⁵), qui résume, comme nous l'avons fait ici, en quoi elles consistent. Plus de 80 % des répondants (80,5 %, avec IC 95 % de 73,4; 86,1) se sont dits plutôt ou tout à fait d'accord avec cet énoncé. Une dizaine d'entre eux se sont par ailleurs inquiétés de leur manque de connaissances et de la disponibilité des données probantes.

Afin d'explorer la perception des omnipraticiens de leur rôle, en tant que médecins, envers un patient qui envisage d'utiliser une MAC, nous avons formulé un

⁵ Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'annexe A.

deuxième énoncé, en trois parties, qui illustre ce rôle dans le contexte de leurs obligations déontologiques et se lit comme suit : «Lorsqu'un patient envisage d'utiliser une MAC, je considère que c'est mon rôle, en tant que médecin, de l'informer : (énoncé 14a⁶) des données probantes concernant ce traitement; (énoncé 14b⁶) des risques et conséquences que comporterait ce traitement; (énoncé 14c⁶) des autres traitements disponibles (MAC ou autres)». Les pourcentages de répondants se disant plutôt ou tout à fait d'accord avec chacune des parties de l'énoncé se rapprochent du 80,5 % obtenu pour l'énoncé concernant les obligations déontologiques des médecins : le plus faible (75,6 %, avec IC 95 % de 68,3; 81,7) étant associé au rôle d'informer le patient des données probantes concernant le traitement MAC et le plus élevé (89,3 %, avec IC 95 % de 83,4; 93,4), au rôle d'informer le patient des autres traitements disponibles (MAC ou autres).

Il s'avère rassurant de constater que les omnipraticiens interrogés sont nombreux à penser devoir assumer un rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC (et ainsi possiblement contribuer à assurer la sécurité des usagers des soins de santé), surtout au regard des résultats rapportés par SUTER *et al.* (2004), qui, sans préciser dans quelle proportion, soulignaient que les médecins albertains ayant participé à leur étude étaient divisés quant à savoir s'il leur incombait de conseiller leurs patients sur l'utilisation des MAC et de répondre à leurs questions à ce sujet.

⁶ Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'annexe A.

La similarité observée dans les pourcentages d'omnipraticiens d'accord avec les énoncés concernant leur rôle et les obligations déontologiques suggère que ces énoncés mesurent le même concept, mais, encore une fois, comme il s'agit d'une recherche exploratoire et que notre instrument de mesure n'a pas été validé, nous ne pouvons l'affirmer. Ce raisonnement est cependant appuyé par les liens significatifs⁷, que des tests exacts de Fisher ont fait ressortir, entre les omnipraticiens qui semblaient connaître leurs obligations déontologiques et ceux qui considéraient que c'était leur rôle d'informer le patient des données probantes concernant un traitement MAC envisagé ($p = 0,005$) ou des risques et conséquences de ce traitement ($p = 0,007$).

Quoiqu'il en soit, le fait que le pourcentage le plus faible soit associé au rôle d'informer des données probantes concernant un traitement MAC envisagé constitue peut-être un autre indice de l'embarras des médecins souligné précédemment (à assumer un rôle consistant à répondre aux questions de leurs patients sur les MAC ou à les conseiller à ce sujet). Cet embarras serait peut-être relié à un manque de connaissance des sources de données probantes, que les résultats de notre étude ont par ailleurs mis en évidence. Nous avons d'ailleurs posé comme hypothèse, dans le chapitre d'introduction, qu'il était possible que la formation des médecins les ait peu préparés à assumer un rôle-conseil et qu'ils ne sachent où obtenir des données probantes sur les MAC. Les inquiétudes exprimées par plusieurs dans leurs commentaires en ce qui a trait à leur manque de connaissances et à la disponibilité des données probantes supportent cette hypothèse, tout comme leurs préoccupations quant

⁷ Voir la section 5.1

au rôle qu'ils doivent assumer lorsqu'un patient leur pose des questions au sujet des MAC. D'ailleurs, près du tiers de ceux qui considéraient que ce n'était pas leur rôle s'inquiétaient aussi de leur manque de connaissances ou de formation à cet égard. De plus, la proportion d'omnipraticiens (78,8 %, avec IC 95 % de 71,6; 84,6) qui pensaient engager leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils conseillent un patient sur l'utilisation d'une MAC expliquerait peut-être aussi en partie cet embarras, comme nous l'avions déjà également mentionné dans le chapitre d'introduction.

5.2.4 Perception d'une utilisation justifiée des MAC par les patients et connaissance des sources de données probantes

Comme le Collège des médecins du Québec insiste justement, puisque la sécurité des usagers des soins de santé en dépend, sur la nécessité d'appuyer son jugement clinique sur les données probantes de la science médicale, nous avons en outre essayé de déterminer si les omnipraticiens pensent que l'utilisation des MAC est uniquement justifiée en présence de données probantes, s'ils savent où obtenir ces données probantes et s'ils les consultent.

La proportion de répondants considérant que l'utilisation d'une MAC peut être justifiée passait de 67,1 % (IC 95 % de 59,3; 74,0), lorsqu'il n'existe aucunes données probantes quant à l'efficacité, à 24,6 % (IC 95 % de 18,4; 31,9), lorsqu'il n'existe aucunes données probantes quant à l'innocuité. Ces résultats vont dans le sens des recommandations de COHEN et EISENBERG (2002), qui font remarquer que le

médecin peut dans certains cas tolérer le recours à une MAC lorsqu'il n'existe aucunes données probantes quant à l'innocuité, mais qu'il doit faire preuve de prudence et exercer un suivi serré. Plusieurs répondants exprimaient d'ailleurs leurs préoccupations quant aux dangers ou risques éventuels pour le patient, ajoutant qu'il fallait l'aviser de ces dangers. Ils insistaient également sur le fait que cela constituerait une solution de dernier recours, notamment «en soins palliatifs» ou «si la médecine traditionnelle n'a plus rien à offrir». De plus, les répondants (73,4 %, avec IC 95 % de 65,7; 80,0) qui étaient d'avis, en réponse à une autre question, qu'il y avait des raisons autres que l'efficacité démontrée par des données probantes pour justifier l'utilisation d'une MAC évoquaient surtout, tout en insistant sur l'importance de l'innocuité du traitement, l'effet placebo, de même que le choix, les croyances et les préférences du patient (cité également comme première raison pour consulter un praticien de MAC par KACZOROWSKI *et al.*, 2002, dans une étude auprès de médecins d'Hamilton, en Ontario), ou «l'échec de la médecine traditionnelle» et «l'absence d'alternative». D'autres ont parlé de patients «mécontents de la relation avec la médecine traditionnelle», qui avaient des «préjugés face à elle» ou encore qui éprouvaient «une perte de confiance dans la médecine», ce qui rejoint les explications de SNYDERMAN et WEIL (2002) pour expliquer la popularité croissante des MAC. En fait, peu importe les raisons mentionnées, nous constatons que les répondants reconnaissaient, dans l'ensemble, l'importance pour la sécurité du patient des données probantes dans le jugement clinique. Ils semblent donc respecter la position du Collège des médecins du Québec (CMQ) concernant l'utilisation de ces données comme critère de sélection des traitements à utiliser (CMQ, 2006).

Pour ce qui est de la connaissance des sources de données probantes, la proportion élevée de répondants qui considérait qu'il est *généralement* difficile de trouver des données probantes sur les MAC (81,3 %, avec IC 95 % de 74,4; 86,8), notamment lorsqu'il s'agit d'une MAC spécifique (70,8 %, avec IC 95 % de 63,0; 77,6), suggère d'importants besoins en matière de formation à cet égard au Québec⁸. Ces besoins semblent d'autant plus criants que moins du quart (23,6 %, avec IC 95 % de 17,5; 31,0) des répondants ont confirmé savoir où trouver des données probantes concernant l'efficacité et/ou l'innocuité de MAC spécifiques. De plus, les croisements que nous avons effectués entre les variables étudiées nous ont révélé un autre fait préoccupant : les trois quarts des omnipraticiens qui semblaient prêts à assumer un rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC ont également admis ne pas connaître les sources de données probantes sur les MAC.

L'importance, pour les omnipraticiens, d'une formation accrue sur les MAC (notamment concernant les sources de données probantes) est, par surcroît, mise en évidence par une relation statistique mentionnée précédemment : les omnipraticiens qui ont affirmé connaître les sources de données probantes sur les MAC étaient statistiquement ($p = 0,009$) plus nombreux à se sentir à l'aise de répondre aux questions d'un patient au sujet d'une MAC spécifique (énoncé 9a⁹) que ceux qui

⁸ Même si ces données probantes semblent difficiles à obtenir, notamment pour les raisons que nous avons exposées dans le chapitre d'introduction, elles existent pour certaines MAC et il est primordial, pour la sécurité de leurs patients, que les omnipraticiens soient renseignés à ce sujet.

⁹ Voir le questionnaire distribué à un échantillon d'omnipraticiens membres du CMQ, reproduit à l'Annexe A.

semblaient ne pas les connaître (70,3 % contre 45,1 %) ¹⁰. Or, il est primordial que les omnipraticiens se sentent à l'aise dans ce rôle pour encourager les patients, en facilitant la discussion à cet égard, à les informer de l'utilisation actuelle ou éventuelle d'une MAC et ainsi réduire les risques d'effets secondaires et d'interactions nocives, soulignées par plusieurs auteurs (EISENBERG, 1997; SILVERSTEIN et SPIEGEL, 2001; KACZOROWSKI *et al.*, 2002) et susceptibles de compromettre leur sécurité.

Nos résultats relatifs à la connaissance des sources de données probantes rappellent ceux obtenus par SUTER *et al.* (2004). Ces auteurs ont trouvé que les médecins connaissaient mal les ressources électroniques ou ne les utilisaient pas de façon régulière. Ils rapportent que 42 % et 35 %, respectivement, des médecins sondés ne connaissaient pas ou n'utilisaient pas Cochrane Collaboration, une source de données probantes pourtant reconnue. Parmi les omnipraticiens ayant participé à notre étude, aucun n'a, du reste, nommé cette ressource. Sur le Web, ils utiliseraient plutôt PasseportSanté (nommé 9 fois), UpToDate.com (nommé 5 fois), PubMed.com et Quackwatch.com (chacun nommé 1 fois), ainsi que la base de données MEDLINE (nommée 3 fois). Tout comme pour les médecins de l'étude de SUTER *et al.*, les publications médicales et scientifiques sur papier semblaient également des sources importantes d'information.

¹⁰ SUTER *et al.* (2004) ont observé une relation statistique similaire, entre les connaissances des médecins au sujet d'une MAC spécifique et l'aise avec laquelle ils discutaient des MAC avec leurs patients.

D'autre part, les omnipraticiens de notre étude semblent assez méfiants à l'égard des études cliniques et données probantes sur les MAC. En effet, plus de 60 % (63,5 %, avec IC 95 % de 55,6; 70,7) et près de la moitié (47,6 %, avec IC 95 % de 39,9; 55,4), respectivement, étaient plutôt ou tout à fait d'accord pour déclarer que les premières manquent de rigueur scientifique et que les deuxièmes sont souvent contradictoires. Cela peut être révélateur, encore une fois, des besoins en matière de formation et notamment de la difficulté à s'y retrouver parmi des sources proposant des études de qualité inégale. Par ailleurs, nous avons été intrigués par le nombre élevé d'indécis pour les deux énoncés concernant la qualité des données probantes sur les MAC (28,7 % et 44,6 %). Qu'elle qu'en soit la raison, les répondants ont fortement insisté sur les lacunes des études sur les MAC, ce qui, de nouveau, permet d'apprécier à quel point ils gagneraient à être renseignés sur les sources de données probantes concernant ces approches. Dans cette optique, KACZOROWSKI *et al.* (2002) ont conclu que les médecins de la région d'Hamilton souhaiteraient principalement obtenir de la formation sur les principes scientifiques sous-jacents aux thérapies complémentaires, les données probantes quant à leur efficacité et les interactions avec les soins conventionnels.

5.2.5 Ouverture à l'égard des MAC

Dans le chapitre d'introduction, nous faisons remarquer qu'étant donné la popularité croissante des MAC auprès des usagers des soins de santé, l'attitude du médecin traitant envers ces MAC est d'autant plus importante qu'elle est susceptible de

faciliter ou non la discussion au sujet de l'utilisation des MAC dans le cadre du traitement. Cette attitude déterminera peut-être même si les usagers informeront ou non leur médecin du recours à une MAC, ce qui, en raison des risques d'effets secondaires et d'interactions nocives déjà soulignés, pourrait aussi compromettre leur sécurité. COHEN *et al.* (2005) soulignent d'ailleurs dans leur étude la nécessité d'améliorer la communication entre les patients et les omnipraticiens concernant l'utilisation des MAC afin de minimiser les risques d'événements indésirables et d'incidents thérapeutiques. C'est pourquoi nous souhaitons également évaluer l'ouverture des omnipraticiens à l'égard des MAC. Nous avons tenté de le faire à l'aide de plusieurs questions exploratoires.

Ainsi, nous leur avons demandé s'il leur arrivait de conseiller à un patient d'utiliser une MAC, s'ils avaient personnellement déjà utilisé une MAC et s'ils se considéraient ouverts ou non à l'égard des MAC. Nous leur avons en outre proposé une vignette clinique, dans laquelle un accidenté de la route utilise la massothérapie pour diminuer sa douleur et affirme en ressentir un bienfait, et demandé s'ils accepteraient de prescrire de la massothérapie pour que le patient puisse en réclamer le coût à son assureur et s'ils trouvaient acceptable de prescrire un tel traitement pour améliorer le bien-être, même en l'absence de diagnostic de maladie. Nous leur avons ensuite demandé à quelle fréquence ils prescrivaient, le cas échéant, des traitements de massothérapie à un patient.

La proportion élevée de répondants à qui il arrivait de conseiller à un patient d'utiliser une MAC (78 %, avec IC 95 % de 70,8; 84,0), ou qui accepteraient de prescrire de la massothérapie pour que le patient puisse en réclamer le coût à son assureur (93,9 %, avec IC 95 % de 88,7; 96,9), ou encore qui trouveraient acceptable de prescrire un tel traitement pour améliorer le bien-être (70,2 %, avec IC 95 % de 62,4; 77,0), même en l'absence de diagnostic de maladie, et, dans une moindre proportion, qui prescriraient de la massothérapie au moins quelques fois par mois (50 %, avec IC 95 % de 42,2; 57,8), traduirait peut-être une certaine ouverture à l'égard des MAC. Ce raisonnement est appuyé par les liens significatifs ($p < 0,001$ et $p = 0,013$) que nous avons observés¹¹ entre les omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC (les deux tiers des répondants, soit 67,8 %, avec IC 95 % de 60,2; 74,7) et ceux qui conseilleraient parfois l'utilisation d'une MAC ou prescriraient de la massothérapie au moins quelques fois par mois. Cependant, d'autres études seront nécessaires pour vérifier cette hypothèse.

En ce qui a trait à la relation entre la position personnelle à l'égard des MAC et le fait de conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC, il est intrigant de constater que 22,7 % des omnipraticiens qui se considéraient plutôt fermés à l'égard des MAC ou indécis ont affirmé, par ailleurs, conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC. Il y a lieu de se demander notamment s'ils sont en mesure de conseiller judicieusement leurs patients ou si leur attitude a une incidence négative sur la communication avec leurs patients à cet égard. De plus, pourquoi 33,3 % des

¹¹ Voir la section 5.1

omnipraticiens qui ont dit ne jamais conseiller de MAC à leurs patients se considéraient-ils ouverts à l'égard des MAC ? Plus pertinemment, pourquoi ne conseillent-ils pas à leurs patients d'utiliser des MAC ? D'autres études seront nécessaires pour vérifier ces liens et répondre à ces questions.

Nos résultats suggèrent un lien significatif¹² ($p = 0,049$) entre l'ouverture à l'égard des MAC et le sexe des répondants, les hommes étant moins nombreux que les femmes à s'être dits plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC¹³. De plus, nos résultats suggèrent également que les omnipraticiens comptant moins d'années de pratique seraient plus ouverts à l'égard des MAC que leurs collègues qui en comptent plus. En effet, il est intéressant de constater qu'il existe une relation statistique¹² ($p = 0,016$ et $p = 0,038$) entre le nombre d'années de pratique des omnipraticiens que nous avons interrogés et le fait de se considérer ou non ouverts à l'égard des MAC ou de conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC, ceux ayant moins d'années de pratique étant plus nombreux, que ceux qui ont plus d'années de pratique, à se considérer ouverts et à conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC. Cette corrélation semble d'autant plus probable que les résultats des analyses de régression effectuées par EASTHOPE *et al.* (2000) révèlent que les jeunes omnipraticiens de la Tasmanie (un État de l'Australie) auraient tendance à afficher une attitude plus favorable à l'égard des approches complémentaires que leurs collègues plus âgés. Cette tendance est encourageante, étant donné l'importance d'une plus grande ouverture des

¹² Voir la section 5.1

¹³ WAHNER-ROEDLER *et al.* (2006) ont observé une relation statistique similaire, entre le sexe et la probabilité de diriger un patient vers un praticien de MAC.

omnipraticiens à l'égard des MAC, comme nous l'avons souligné précédemment, pour encourager les usagers à les informer de l'utilisation actuelle ou éventuelle d'une MAC et ainsi réduire les risques d'effets secondaires et d'interactions nocives susceptibles de compromettre leur sécurité.

Comparativement à d'autres études, la proportion d'omnipraticiens, parmi ceux que nous avons interrogés, qui conseilleraient parfois à un patient l'utilisation d'une MAC (78 %, avec IC 95 % de 70,8; 84,0) semble élevée¹⁴. Ainsi, les omnipraticiens interrogés par LEWITH *et al.* (2001), au Royaume-Uni, et par VERHOEF et SUTHERLAND (1995), en Alberta et Ontario, seraient, respectivement, 41 % et 54 % à envoyer leurs patients voir un praticien de MAC. Selon CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002), ce serait 48 % des médecins sondés dans la région de Denver, au Colorado, qui recommanderaient l'utilisation d'une MAC à un patient. WAHNER-ROEDLER *et al.* (2006) ont trouvé, quant à eux, que 44 % des médecins ayant participé à leur étude dirigeraient un patient vers un praticien de MAC s'il exerçait dans leur établissement. Par contre, 77 % des médecins et des omnipraticiens sondés, respectivement, par ROSENBAUM *et al.* (2002) en Iowa et par GOLDSZMIDT *et al.* (1995) au Québec recommanderaient l'utilisation d'une MAC ou enverraient un patient voir un praticien de MAC.

¹⁴ Il est toutefois difficile d'établir des comparaisons car certaines différences pourraient s'expliquer par la géographie ou des facteurs sociaux.

Les omnipraticiens qui ont affirmé conseiller parfois à un patient d'utiliser une MAC devaient également préciser lesquelles. Proportionnellement, ce sont l'ostéopathie, la massothérapie, l'acupuncture, la chiropratique et les produits naturels qui seraient recommandés le plus souvent. Il est intéressant de constater que les MAC dont l'utilisation est conseillée le plus souvent correspondent, en outre, aux MAC sur lesquelles nos répondants ont dit se faire questionner le plus souvent par leurs patients. S'agit-il d'un biais de réponse ? Il faudrait une étude plus poussée pour pouvoir répondre à cette question, mais nous ne le croyons pas. En effet, les résultats d'autres études laissent croire que non car ces MAC semblent également conseillées par d'autres populations d'omnipraticiens. En effet, l'acupuncture, l'ostéopathie et la chiropratique faisaient également partie des MAC le plus fréquemment conseillées par les omnipraticiens interrogés par LEWITH *et al.* (2001) au Royaume-Uni et la massothérapie et la chiropratique faisaient partie de la liste de MAC recommandées le plus souvent par des médecins en Iowa, selon ROSENBAUM *et al.* (2002). CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002) rapportent que la massothérapie et l'acupuncture seraient aussi parmi les MAC les plus recommandées par les médecins de la région de Denver, au Colorado. Par comparaison, VERHOEF et SUTHERLAND (1995) soulignaient que les omnipraticiens ayant participé à leur étude, en Ontario et en Alberta, conseillaient principalement l'utilisation de la chiropratique, de l'acupuncture et de l'hypnothérapie. GOLDSZMIDT *et al.* (1995) étaient arrivés à des résultats semblables dans leur étude menée auprès d'une population d'omnipraticiens du Québec.

Les omnipraticiens ayant participé à notre étude semblent également plus enclins à utiliser une MAC que ceux sondés dans le cadre d'autres études. En effet, 61,9 % (IC 95 % de 54,1; 69,2) ont reconnu avoir déjà utilisé personnellement une MAC, contre 24 % des médecins de la région de Denver, au Colorado, et 33 % des médecins de l'Iowa, interrogés respectivement par CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002) et ROSENBAUM *et al.* (2002). Les omnipraticiens sondés dans le cadre de notre étude auraient eu recours, pour eux-mêmes, à la massothérapie (44 %, avec IC 95 % de 36,5; 51,9), à l'ostéopathie (26,2 %, avec IC 95 % de 19,9; 33,6), à l'acupuncture (20,8 %, avec IC 95 % de 15,1; 27,9), à la chiropratique (16,7 %, avec IC 95 % de 11,5; 23,4), aux produits naturels (14,3 %, avec IC 95 % de 9,6; 20,7) et aux herbes ou plantes médicinales (10,7 %, avec IC 95 % de 6,7; 16,6). Par comparaison, les omnipraticiens interrogés par COHEN *et al.* (2005) en Australie auraient utilisé, au cours seulement des 12 mois précédents leur étude faut-il préciser, la massothérapie (26 %), des suppléments vitaminiques et minéraux (13 %), l'acupuncture (12 %), la méditation (11 %), le yoga (10 %), la chiropratique (7 %), les herbes et plantes médicinales (5 %, mais 4 % pour la pharmacopée chinoise) et l'ostéopathie (3 %). Par contre, ces pourcentages étaient beaucoup plus élevés lorsque les auteurs de cette étude leur ont demandé s'ils *envisageaient* recevoir ce genre de traitement. Ils variaient alors entre 20 % pour l'ostéopathie et 56 % pour l'acupuncture. En ce qui concerne notre étude, nous croyons que la proportion élevée de répondants ayant utilisé personnellement une MAC traduirait peut-être une certaine ouverture à l'égard des MAC. Ce raisonnement est de nouveau appuyé par un lien significatif ($p = 0,001$) que

nous avons observé¹⁵ entre les omnipraticiens qui se considéraient plutôt ouverts ou très ouverts à l'égard des MAC (les deux tiers des répondants) et ceux qui auraient déjà utilisé personnellement une MAC. Il est, de plus, corroboré par les observations d'autres auteurs. Dans leur étude, EASTHOPE *et al.* (2000) avaient conclu que l'utilisation personnelle d'une MAC était associée à une attitude favorable. CORBIN WINSLOW et SHAPIRO (2002) avaient aussi établi un lien entre l'utilisation personnelle d'une MAC par les omnipraticiens et la probabilité qu'ils recommandent une MAC à leurs patients.

Notre enquête se terminait par deux questions relatives à la formation, qui peuvent également donner un aperçu d'une éventuelle ouverture des omnipraticiens à l'égard des MAC. En réponse à ces questions, les trois quarts des répondants (76,6 %, avec IC 95 % de 69,4; 82,7) se sont montrés intéressés à recevoir une formation sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC, soit, dans l'ordre de leurs préférences, lors de conférences, sur Internet ou par le biais de lectures dirigées. Fait intéressant, même parmi les omnipraticiens qui ont répondu négativement, certains ont manifesté de l'intérêt si «cela est accessible et rapide» ou «intégré à d'autres formations». De plus, les sujets ou thèmes de formation, en rapport avec les MAC, qui ont été suggérés par les répondants témoignent également de leur intérêt. Ils ont ainsi précisé qu'ils voulaient acquérir des connaissances sur différentes MAC, notamment la chiropratique, l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnothérapie et les produits naturels, ainsi que leurs dangers, indications cliniques et coûts par rapport aux

¹⁵ Voir la section 5.1

éventuels avantages qu'ils procurent. D'autres voudraient en savoir plus sur la formation des praticiens de MAC, les mécanismes de réglementation qui existent, les interactions médicamenteuses, l'opinion des patients sur les MAC, de même que les sources et la validité scientifique des données probantes. Pour ce qui est de l'intérêt à recevoir de la formation sur les MAC, nous avons obtenu des résultats semblables à COHEN *et al.* (2005), MILDEN et STOKOLS (2004) et SUTER *et al.* (2004), qui rapportaient respectivement que 71 %, 81 % et 71 % des médecins australiens, californiens et albertains interrogés dans le cadre de leurs études étaient également intéressés à recevoir de la formation à cet égard.

5.3 Forces et limites de l'étude

La principale limite de notre étude est attribuable à la nature exploratoire des questions et énoncés que renferme notre instrument de mesure (tant par leur formulation que par leur contenu). Cela s'explique par le peu de littérature sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC et l'absence d'instrument validé mesurant les mêmes variables que celles étudiées dans le cadre de notre étude. Pour pallier cet inconvénient, nous avons, pour l'élaboration de notre instrument de mesure, effectué notamment une revue exhaustive de la littérature et consulté des experts. La section 3.3, du chapitre sur la méthodologie, contient du reste un exposé détaillé des étapes de la construction du questionnaire. De plus, la validité de contenu (face validity) du questionnaire a été établie, comme nous l'avons précisé dans le chapitre sur la méthodologie, par un groupe d'experts, composé d'omnipraticiens et de

chercheurs en MAC. Toutefois, il convient de préciser, pour l'interprétation et la diffusion des résultats, que la fidélité du questionnaire n'a pas été estimée. Nous avons cependant mesuré indirectement sa consistance interne (homogénéité), une fois la collecte de données terminée, au moyen du coefficient alpha de Cronbach. Nous avons ainsi obtenu un niveau de corrélation acceptable, pour une recherche exploratoire, de 0,62 (GARSON, 2008), ce qui est un élément indicatif d'une fidélité raisonnable.

Dans le but d'avoir des résultats représentatifs des opinions de l'ensemble des omnipraticiens du Québec, nous avons adopté une stratégie aléatoire visant à ce que tous aient une chance égale de faire partie de l'échantillon. Pour évaluer cette représentativité, nous avons en outre comparé les données recueillies sur la répartition des répondants selon le sexe, l'âge, le lieu d'obtention du diplôme et la région administrative où ils pratiquent la médecine avec les données compilées, au 31 décembre 2007, par le Collège des médecins du Québec (CMQ) pour l'ensemble des omnipraticiens du Québec. Comme l'indique le tableau 1 du chapitre sur les résultats, les omnipraticiens qui ont participé à notre étude ressemblent, pour ce qui est de leurs caractéristiques sociodémographiques, à la population à l'étude (ensemble des omnipraticiens membres du CMQ). En effet, nous constatons que les données du CMQ relatives au sexe et à la région d'exercice se retrouvent toutes, sauf pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dans les intervalles de confiance à 95 % calculés pour notre effectif. Nous croyons donc que notre échantillon est représentatif de la population à l'étude. Il existe toutefois de légères différences avec les données

compilées par le CMQ pour ce qui est du lieu d'obtention du diplôme et de l'âge. Ainsi, les données du CMQ pour le lieu d'obtention du diplôme se situent dans les intervalles de confiance uniquement pour l'Université Laval et l'Université de Montréal. Toutefois, elles incluent l'ensemble des médecins du Québec (omnipraticiens et spécialistes), contrairement aux données relatives au sexe et à la région d'exercice, et sont donc fournies à titre indicatif seulement. Enfin, l'âge moyen des répondants est de 48,1 ans, avec un écart type de 10,8. Les omnipraticiens du Québec affichaient, pour leur part, un âge moyen de 50,3 ans, selon les données du CMQ, au 31 décembre 2007, ce qui est légèrement supérieur à l'intervalle de confiance à 95 % pour notre effectif (46,4 ; 49,8). Étant donné la relation statistique¹⁶ ($p = 0,016$) que nous avons observée entre le nombre d'années de pratique et l'ouverture aux MAC (les répondants ayant moins d'années de pratique étant plus nombreux, que ceux qui ont plus d'années de pratique, à se considérer ouverts aux MAC), il est donc possible que nous ayons légèrement surestimé la proportion d'omnipraticiens qui se sont montrés ouverts aux MAC.

Pour réduire la possibilité que les opinions extrêmes, c'est-à-dire franchement favorables ou défavorables aux MAC, soient surreprésentées, nous avons insisté, dans le texte d'introduction au questionnaire distribué à notre échantillon d'omnipraticiens, sur la collaboration du Centre de formation continue de l'Université de Sherbrooke et l'importance de participer à notre étude. En revanche, il n'a pas été possible de nous assurer que les omnipraticiens ayant participé aux pré-tests soient exclus de la liste

¹⁶ Voir la section 5.1

d'envoi et il y a donc un faible risque qu'ils soient pris en compte dans les résultats. De plus, il s'agit d'un questionnaire auto-administré et la subjectivité inhérente à ce type de questionnaire risque également d'avoir teinté les résultats. Nous faisons ici référence au concept de désirabilité sociale, c'est-à-dire au biais, bien connu en psychologie et en sciences sociales, qui consiste pour un individu à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs pour ne pas perdre l'estime du groupe social auquel il appartient (EDWARDS, 1982). Le fait qu'aucun répondant ne se soit dit tout à fait fermé à l'égard des MAC pourrait être une illustration d'un tel biais.

De plus, nous avons fourni sur le questionnaire distribué, à l'intention des omnipraticiens, une définition de LECKRIDGE (2004) pour préciser ce que nous entendions par «médecines alternatives et complémentaires». Nous avons motivé notre choix à la section 2.1.1, du chapitre sur l'état des connaissances. Nous avons également donné quelques exemples de MAC en indiquant qu'il ne s'agissait pas d'une liste exhaustive. Nous avons choisi, après un survol de la littérature à ce sujet, des exemples de MAC qui, selon nous, étaient le plus couramment utilisées par les usagers et donc pertinentes dans le contexte de notre problématique. Malgré ces précautions, il est possible que la compréhension de ce qu'est une MAC diffère d'un répondant à l'autre et introduise un biais d'interprétation susceptible, encore une fois, de modifier les résultats. En outre, l'utilisation d'une formulation englobant l'ensemble des MAC pour certaines questions n'a pas permis aux omnipraticiens d'exprimer des nuances quant à leurs opinions concernant des approches spécifiques. À l'inverse, les paramètres précis de la vignette clinique (concernant un accidenté de la route qui utilise la massothérapie

pour diminuer sa douleur) ne permettent pas de voir comment ces mêmes omnipraticiens auraient réagi dans une mise en situation différente. Tous ces facteurs peuvent avoir changé les résultats et risquent de nuire à leur interprétation et généralisation.

Enfin, le taux de réponse faible (19,5 %¹⁷) pourrait également nuire à l'interprétation et à la généralisation des résultats, puisqu'un nombre appréciable des omnipraticiens de notre liste d'envoi n'a pas participé à l'étude et qu'il nous est impossible de savoir comment ceux-ci perçoivent leur rôle concernant l'utilisation des MAC par leurs patients. Ainsi, bien que nous ayons obtenu le nombre requis de questionnaires (minimum de 96, selon la méthodologie exposée précédemment) pour établir des relations statistiques et faire ressortir des différences significatives entre les variables étudiées avec un risque alpha de 0,05, la petite taille de notre effectif (169 pour la plupart des questions) pourrait restreindre la capacité de généraliser les résultats à l'ensemble des omnipraticiens membres du Collège des médecins du Québec. Cependant, la structure démographique de notre échantillon est similaire à cette population, comme nous l'avons mentionné précédemment, et nous sommes donc confiants que nos résultats sont probablement représentatifs des opinions et tendances affichées par ces omnipraticiens. De plus, comme le font remarquer ASCH *et al.* (1997), «bien que la possibilité d'un biais [...] augmente lorsque le taux de réponse est faible, il n'y a pas nécessairement de lien entre le taux de réponse et un éventuel biais

¹⁷ Pour fins de comparaison, les taux de réponse pour les études incluses dans notre recension des écrits varient entre 13 % et 85 % (le plus faible taux de réponse pour une étude sur l'attitude des médecins à l'égard des MAC s'établissant à 17,5 %, selon WAHNER-ROEDLER *et al.*, 2006).

[et] un sondage avec un très faible taux de réponse peut avoir un échantillon représentatif de la population à l'étude, tout comme un sondage avec un taux de réponse élevé peut ne pas être représentatif» (traduction libre).

5.4 Conclusion, retombées et avenues de recherche

Les résultats de notre étude, notamment l'embarras que semblaient éprouver les répondants quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC et leur connaissance limitée des sources de données probantes pour ces approches, font clairement ressortir, comme nous l'avions pressenti, d'importants besoins en matière de formation. Des besoins similaires ont d'ailleurs été relevés par ROSENBAUM *et al.* (2002), dans leur enquête en Iowa, qui ont conclu que «les médecins doivent savoir comment conseiller judicieusement leurs patients, qui ont déjà recours aux MAC, et être en mesure de les informer des risques et avantages de ces approches en s'appuyant sur les données probantes issues de la science médicale» (traduction libre). Ainsi, nous croyons qu'une intensification des efforts de formation relatifs aux obligations déontologiques des médecins (pour les aider à définir leur rôle-conseil concernant l'utilisation des MAC) et aux sources de données probantes sur les MAC (pour appuyer leur jugement clinique) pourrait aider les omnipraticiens du Québec à se sentir plus à l'aise dans leur rôle auprès des patients qui envisagent ou choisissent d'utiliser une MAC, afin, espérons-nous, de favoriser la communication avec ces patients à ce sujet et contribuer à assurer leur sécurité en réduisant le risque d'effets secondaires et d'interactions nocives.

Bien entendu, il nous faudra travailler à la synthèse et à la diffusion des résultats de notre recherche, mais nous estimons avoir atteint notre objectif, puisque nous souhaitons, en tentant de vérifier si les conditions sont réunies pour que les omnipraticiens du Québec se sentent en mesure de conseiller leurs patients sur une utilisation judicieuse des MAC, alimenter la réflexion sur les enjeux liés aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) afin de mieux positionner l'enseignement aux étudiants en médecine et les activités de formation continue à ce sujet. Cependant, notre étude demeure exploratoire, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, et d'autres recherches seront nécessaires pour mieux cerner les tendances et les enjeux relatifs aux MAC, vérifier les hypothèses que nous avons formulées et approfondir les relations statistiques que nous avons établies ou pressenties. Il serait intéressant, par exemple, de mener une étude sur un éventuel lien entre la connaissance des sources de données probantes pour les MAC et l'ouverture à l'égard des MAC des omnipraticiens, sachant l'importance de l'attitude pour favoriser la communication entre médecins traitants et patients.

En terminant, nous espérons que notre étude contribuera également à souligner l'importance d'une amélioration de l'organisation des sources de données probantes sur les MAC afin, notamment, d'en faciliter l'accès pour les omnipraticiens.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude à ma directrice de recherche, Johane Patenaude, et ma codirectrice de recherche, Luce Pelissier-Simard, pour l'encadrement et le support qu'elles m'ont offerts. Je désire aussi témoigner ma reconnaissance à Marianne Xhignesse, pour le soutien financier et académique dont elle m'a fait bénéficier, ainsi qu'à Isabelle Gaboury, Marie-France Dubois, Jacques Lemaire et Gina Bravo, pour leurs précieux conseils. Je veux, par la même occasion, souligner la contribution de la Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention, ainsi que du Centre de formation continue, en la personne de Gilles Voyer, son directeur. Je souhaite également remercier les nombreuses personnes qui m'ont encouragé à un moment où l'autre de ce processus, notamment Martine Ongenae, Denise St-Cyr Tribble, Hélène Doran, Thérèse et Roger O'Connor, mais aussi mes collègues et amis Serge Landry et Lisa Schultz, sources d'inspiration dans ma profession.

Enfin, je tiens à remercier en particulier Denis Bergeron. Ton immense générosité, ton écoute et ta patience ont rendu ce projet possible.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, K. E., Cohen, M. H., Eisenberg, D. et Jonsen, A. R. (2002). Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Annals of Internal Medicine*, 137(8), 660-664.
- Angell, M. et Kassirer, J. P. (1998). Alternative medicine—the risks of untested and unregulated remedies. *New England Journal of Medicine*, 339(12), 839-841.
- Asch, D. A., Jedrzejewski, M. K. et Christakis, N. A. (1997). Response rates to mail surveys published in medical journals. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(10), 1129-1136.
- Astin, J., Marie, A., Pelletier, K., Hansen, E. et Haskell, W. (1998). A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine*, 158(21), 2303-2310.
- Ben-Arye, E., Frenkel, M., Klein, A. et Scharf, M. (2008). Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 395-402.
- Berman, B. M., Singh, B. B., Hartnoll, S. M., Singh, B. K. et Reilly, D. (1998). Primary care physicians and complementary-alternative medicine: training, attitudes, and practice patterns. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 11(4), 272-281.
- Boucher, T. A. et Lenz, S. K. (1998). An organizational survey of physicians' attitudes about and practice of complementary and alternative medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4(6), 59-65.
- Bravo, G. et Potvin, L. (1991). Estimating the reliability of continuous measures with Cronbach's alpha or the intraclass correlation coefficient: Toward the integration of two traditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 381-391.
- British Medical Association (2000). *Acupuncture: efficacy, safety, and practice*. Grande-Bretagne: Harwood Academic Publishers.
- Cohen, M. H. et Eisenberg, D. M. (2002). Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. *Annals of Internal Medicine*, 136(8), 596-603.

Cohen, M. M., Penman, S., Pirotta, M. et Da Costa, C. (2005). The integration of complementary therapies in Australian general practice: results of a national survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(6), 995-1004.

Collège des médecins du Québec. (2006). *Le médecin et les traitements non reconnus*. Montréal: Collège des médecins du Québec.

Corbin Winslow, L. et Shapiro, H. (2002). Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1176-1181.

Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: the tailored design method*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Easthope, G., Tranter, B. et Gill, B. (2000). General practitioners' attitudes toward complementary therapies. *Social Science & Medicine*, 51(2000), 1555-1561.

Edwards, A. L. (1982). *The social desirability variable in personality assessment and research*. The Greenwood Press.

Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R. et Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States – prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252.

Eisenberg, D. (1997). Advising patients who seek alternative medical therapies. *Annals of Internal Medicine*, 127(1), 61-69.

Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. et Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1569-1575.

Ernst, E., Resch, K. L. et White, A. (1995). Complementary medicine: what physicians think of it: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 155(22), 2405-2408.

Garson, G. D. (2008). Reliability Analysis. Document téléaccessible le 1^{er} novembre 2008 à l'adresse URL: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/reliab.htm>

Godin, G., Beaulieu, D., Touchette, J. S., Lambert, L. D. et Dodin, S. (2007). Intention to encourage complementary and alternative medicine among general practitioners and medical students. *Behavioral Medicine*, 33, 67-77.

Goldszmidt, M., Levitt, C., Duarte-Franco, E. et Kaczorowski, J. (1995). Complementary health care services: a survey of general practitioners' views. *Canadian Medical Association Journal*, 153(1), 29-35.

Hsiao, A., Hays, R. D., Ryan, G. W., Coulter, I. D., Andersen, R. M., Hardy, M. L., Diehl, D. L., Hui, K. et Wenger, N. S. (2005). A self-report measure of clinicians' orientation toward integrative medicine. *HSR: Health Services Research*, 40(5), 1553-1569.

Janssen, T. (2006). *La solution intérieure*. Paris: Fayard.

Kaczorowski, J., Patterson, C., Arthur, H., Smith, K., et Mills, D. A. (2002). Complementary therapy involvement of physicians: implications for practice and learning. *Complementary Therapies in Medicine*, 10, 134-140.

Leckridge, B. (2004). The future of complementary and alternative medicine – models of integration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 10(2), 413-416.

Lee, A et Done M. L. (2004). Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, (CD003281). Document téléaccessible le 22 juillet 2008 à l'adresse URL: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003281/frame.html>

Lewith, G. T., Hyland, M. et Gray S. F. (2001). Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Completemtary Therapies in Medicine*, 9(3), 167-172.

Lie, D. et Boker, J. (2004). Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students. *BMC Medical Education*, 2004(4), 1-9.

Milden, S. P. et Stokols, D. (2004). Physicians' attitudes and practices regarding complementary and alternative medicine. *Behavioral Medicine*. 30, 73-82.

Millar, W. (1997). Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 88(3), 154-158.

National Institutes of Health (1997). Acupuncture. *NIH Consens Statement 1997 Nov 3-5*, 15(5), 1-34 (Synthèse d'études).

NCCAM (2006). What is complementary and alternative medicine (CAM)? Document téléaccessible le 3 août 2006 à l'adresse URL: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>

O'Connor, B et al. (1997). Defining and describing complementary and alternative medicine. *Alternative therapies*, 3(2), 49-56.

Organisation mondiale de la santé. (2002). *Acupuncture : review and analysis of reports on controlled clinical trials*. Genève (ISBN 9241545437).

Park J. Le recours aux soins de santé non traditionnels. *Rapports sur la santé* 2005, 16 (2), 41-44.

Pélissier-Simard, L. et Xhignesse, M. (2008). Qu'est-ce que la médecine intégrative? *Le Médecin du Québec*, 43(1), 21-22.

Rakel, D. et Weil, A. (2007). Philosophy of Integrative Medicine. Dans D. Rakel (rédacteur), *Integrative Medicine* (p. 3-13). (2^e éd.). Philadelphie: Saunders (Elsevier Science).

Rosenbaum, M. E., Nisly, N. L., Ferguson, K. J. et Kligman, E. W. (2002). Academic physicians and complementary and alternative medicine: an institutional survey. *American Journal of Medical Quality*, 17(1), 3-9.

Santé Canada (2001). *Perspectives on complementary and alternative health care, a collection of papers prepared for Health Canada*. Document téléaccessible le 2 octobre 2005 à l'adresse URL: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/comp_combine.pdf

Schneider, C. D., Meek, P. M. et Bell, I. R. (2003). Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. *BMC Medical Education*, 2003(3), 1-7.

Silverstein, D. et Spiegel, A. (2001). Are physicians aware of the risks of alternative medicine? *Journal of Community Health*, 26(3), 159-174.

Snyderman, R. et Weil, A. T. (2002). Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 395-397.

Suter, E., Verhoef, M. et O'Beirne, M. (2004). Assessment of the information needs and use of information resources on complementary and alternative medicine by Alberta family physicians. *Clinical and Investigative Medicine*, 27(6), 312-315.

Tait, P. L., Brooks, L. et Harstall, C. (2002). *Acupuncture: evidence from systematic reviews and meta-analyses*. Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Document téléaccessible le 15 août 2005 à l'adresse URL: <http://ahfmr.ca>

Tataryn, D. J. (2002). Paradigms of health and disease: a framework for classifying and understanding complementary and alternative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8(6), 877-892.

Tataryn, D., et Verhoef, M. (2001). Combining Conventional, Complementary and Alternative Health Care: A Vision of Integration. Dans Santé Canada, *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care: a collection of papers prepared for*

Health Canada. Document téléaccessible le 2 octobre 2005 à l'adresse URL:
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/comp_combine.pdf

Verhoef, M. J. et Sutherland, L. R. (1995). Alternative medicine and general practitioners: opinions and behaviour. *Canadian Family Physician*, 41, 1005-1011.

Verhoef, M. J. et Sutherland, L. R. (1995). General practitioners' assessment of and interest in alternative medicine in Canada. *Social Science & Medicine*, 41(4), 511-515.

Vickers, A., Wilson, P. et Kleijnen, J. (2002) Acupuncture. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 92-97.

Vincent, C. et Furnham, A. (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 37-48.

Visser, G. J. et Peters, L. (1990). Alternative medicine and general practitioners in the Netherlands : towards acceptance and integration. *Family Practice*, 7(3), 227-232.

Wahner-Roedler, D. L., Vincent, A., Elkin, P. L., Loehrer, L. L., Cha, S. S. et Bauer, B. A. (2006). Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: a survey at an academic medical center. *eCam 2006*, 3(4), 495-501.

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ À UN ÉCHANTILLON D'OMNIPRATICIENS MEMBRES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Étude sur les perspectives des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC)¹

Cette étude est effectuée conjointement avec le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et la Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention. Vous faites partie des 1000 omnipraticiens auxquels ce questionnaire a été envoyé.

En complétant ce sondage, d'une durée de 10 minutes, et en le retournant dans l'enveloppe préaffranchie, vous consentez librement à participer à cette étude. Soyez assurée que votre participation est **anonyme**. Vos réponses seront incluses dans des résultats de groupe et non pas individuellement.

Ces résultats seront utilisés pour alimenter la réflexion sur les enjeux reliés aux MAC afin de mieux positionner l'enseignement aux étudiants en médecine et les activités de formation continue à ce sujet. Ils pourraient également servir dans le cadre de communications scientifiques (congrès, colloques, articles).

Pour de plus amples informations, vous êtes invité à communiquer avec un des chercheurs au 819-820-6868 poste 12721.

Votre collaboration nous est très précieuse et nous vous remercions pour le temps que vous y consacrez!

Daniel O'Connor, inf., étudiant à la maîtrise
Johane Patenaude, Ph.D.
Luce Pélissier-Simard, M.D., M.Sc.

Titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon :
Marianne Xhignesse, M.D., M.Sc.

Doyen associé et Directeur du Centre de formation
continue:
Gilles Voyer, M.D., LL.M., M.A. (philosophie)

¹ Soins de santé qui, sur les plans conceptuels ou philosophiques, n'appartiennent pas au système biomédical (Leckridge, 2004). Bien que la liste qui suit ne soit pas exhaustive, voici quelques exemples de MAC : massothérapie, chiropratique, ostéopathie, acupuncture, homéopathie, hypnothérapie, herbes ou plantes médicinales, etc.

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité, au 819-346-1110, poste 12856 ou 13861 ou à bernire.chus@ssss.gouv.qc.ca

Données démographiques :

- Vous êtes
☐ Un homme
☐ Une femme
- Âge : _____
- Où avez-vous obtenu votre doctorat en médecine :
☐ Université Laval
☐ Université McGill
☐ Université de Montréal
☐ Université de Sherbrooke
☐ Autre université (précisez) : _____
- Nombre d'années de pratique comme omnipraticien : _____
- Principale région administrative où vous pratiquez la médecine :

<input type="checkbox"/> Bas Saint-Laurent	<input type="checkbox"/> Laval
<input type="checkbox"/> Nord du Québec	<input type="checkbox"/> Montréal
<input type="checkbox"/> Chaudière – Appalaches	<input type="checkbox"/> Outaouais
<input type="checkbox"/> Mauricie – Bois-Francs	<input type="checkbox"/> Côte-Nord
<input type="checkbox"/> Lanaudière	<input type="checkbox"/> Laurentides
<input type="checkbox"/> Montérégie	<input type="checkbox"/> Québec
<input type="checkbox"/> Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/> Estrie
<input type="checkbox"/> Abitibi – Témiscamingue	
<input type="checkbox"/> Saguenay – Lac-Saint-Jean	
<input type="checkbox"/> Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	

- Type de pratique :
 - Pratique clinique active ?
☐ Oui ☐ Non → Arrêtez ici et retournez le questionnaire
 - Pratique actuelle incluant du suivi de clientèle ?
☐ Oui ☐ Non

Profil de la clientèle et perspectives :

- À quelle fréquence votre clientèle vous questionne-t-elle au sujet des MAC ?
☐ Tous les jours
☐ Quelques fois par semaine
☐ Quelques fois par mois
☐ Moins d'une fois par mois
☐ Jamais ou presque
- En tant qu'omnipraticien, vous sentez-vous généralement en mesure de conseiller vos patients sur l'utilisation des MAC ?
1 – Pas du tout en mesure
2 – Peu en mesure
3 – Indécis
4 – Plutôt en mesure
5 – Tout à fait en mesure
- Nommez la MAC pour laquelle on vous questionne le plus souvent : _____
 - Lorsqu'un patient vous questionne au sujet de **cette MAC**, vous sentez-vous à l'aise de répondre à ses questions ?
1 – Pas du tout à l'aise
2 – Peu à l'aise
3 – Indécis
4 – Plutôt à l'aise
5 – Tout à fait à l'aise
 - Il est difficile de trouver des données probantes sur **cette MAC**.
1 – Tout à fait en désaccord
2 – Plutôt en désaccord
3 – Indécis
4 – Plutôt d'accord
5 – Tout à fait d'accord

- De façon générale, pensez-vous que c'est votre rôle, en tant que médecin, de répondre aux questions de vos patients au sujet des MAC ?
☐ Oui ☐ Non → Préciser : _____

Concernant les énoncés suivants (11 à 19), quelle est votre opinion ?

- Il est GÉNÉRALEMENT difficile de trouver des données probantes sur les MAC.
1 – Tout à fait en désaccord
2 – Plutôt en désaccord
3 – Indécis
4 – Plutôt d'accord
5 – Tout à fait d'accord

Commentaires : _____

- La plupart des études cliniques sur les MAC sont menées avec peu de rigueur scientifique, si bien qu'on ne peut pas s'y fier.
1 – Tout à fait en désaccord
2 – Plutôt en désaccord
3 – Indécis
4 – Plutôt d'accord
5 – Tout à fait d'accord

Commentaires : _____

- Les données probantes sur les MAC sont souvent contradictoires.
1 – Tout à fait en désaccord
2 – Plutôt en désaccord
3 – Indécis
4 – Plutôt d'accord
5 – Tout à fait d'accord

Commentaires : _____

verso... →

14. Lorsqu'un patient envisage d'utiliser une MAC, je considère que c'est mon rôle, en tant que médecin, de l'informer :

- a) Des données probantes concernant ce traitement (MAC)
- 1 – Tout à fait en désaccord
 - 2 – Plutôt en désaccord
 - 3 – Indécis
 - 4 – Plutôt d'accord
 - 5 – Tout à fait d'accord

- b) Des risques et conséquences que comporterait ce traitement (MAC)
- 1 – Tout à fait en désaccord
 - 2 – Plutôt en désaccord
 - 3 – Indécis
 - 4 – Plutôt d'accord
 - 5 – Tout à fait d'accord

- c) Des autres traitements disponibles (MAC ou autres)
- 1 – Tout à fait en désaccord
 - 2 – Plutôt en désaccord
 - 3 – Indécis
 - 4 – Plutôt d'accord
 - 5 – Tout à fait d'accord

15. Dans certaines circonstances, l'utilisation d'une MAC peut être justifiée, même s'il n'existe aucune données probantes quant à son **efficacité**.

- 1 – Tout à fait en désaccord
- 2 – Plutôt en désaccord
- 3 – Indécis
- 4 – Plutôt d'accord
- 5 – Tout à fait d'accord

Commentaires : _____

16. Dans certaines circonstances, l'utilisation d'une MAC peut être justifiée, même s'il n'existe aucune données probantes quant à son **innocuité**.

- 1 – Tout à fait en désaccord
- 2 – Plutôt en désaccord
- 3 – Indécis
- 4 – Plutôt d'accord
- 5 – Tout à fait d'accord

Commentaires : _____

17. De façon spécifique, lorsqu'un patient choisit ou envisage d'utiliser une MAC, il faut s'appuyer sur les données probantes pour lui fournir une information objective qui lui permette de bien comprendre les avantages, risques et conséquences de ses choix et d'ainsi prendre une décision éclairée.

- 1 – Tout à fait en désaccord
- 2 – Plutôt en désaccord
- 3 – Indécis
- 4 – Plutôt d'accord
- 5 – Tout à fait d'accord

Commentaires : _____

18. Pensez-vous que vous engagez votre responsabilité professionnelle lorsque vous conseillez un patient sur l'utilisation d'une MAC ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Commentaires : _____

19. Y a-t-il des raisons autres que l'efficacité démontrée par des données probantes qui pourraient justifier l'utilisation d'une MAC par un patient ?

- ☐ Non ☐ Oui → Quelles seraient ces raisons ?

20. Vous arrive-t-il de conseiller à un patient d'utiliser une MAC ?

- ☐ Non ☐ Oui → Nommez

les 3 que vous conseillez le plus, en ordre :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

21. Savez-vous où trouver des données probantes concernant l'efficacité et/ou l'innocuité de MAC spécifiques ?

- ☐ Non → **Passer à la question 23 (vignette clinique)**
☐ Oui → Quelles sont ces ressources ?

22. Avez-vous déjà consulté ces ressources ?

- ☐ Oui ☐ Non

Vignette clinique :

23. Un patient souffrant de douleur chronique suite à un accident de la route vous confie qu'il utilise la massothérapie pour diminuer sa douleur et qu'il en ressent un bienfait. Il vous demande une prescription pour pouvoir réclamer le coût des traitements à son assureur.

a) Allez-vous acquiescer à la demande de ce patient ? ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? _____

b) Pensez-vous qu'il est acceptable de prescrire de la massothérapie pour améliorer le bien-être, même en l'absence de diagnostic de maladie ? ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? _____

24. Dans votre pratique, vous arrive-t-il de prescrire des traitements de massothérapie à un patient ?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Jamais ou presque

Utilisation personnelle et formation continue :

25. Personnellement, avez-vous déjà utilisé une ou des MAC, peu importe la raison ?

- ☐ Non ☐ Oui → Lesquelles ?
- ☐ Massothérapie ☐ Homéopathie
 - ☐ Chiropratique ☐ Hypnothérapie
 - ☐ Ostéopathie ☐ Acupuncture
 - ☐ Herbes ou plantes médicinales
 - ☐ Produits naturels (exclut suppléments vitaminiques et minéraux)
 - ☐ Autres (précisez) : _____

26. Comment qualifiez-vous votre position personnelle à l'égard des MAC ?

- 1 – Tout à fait fermé
- 2 – Plutôt fermé
- 3 – Indécis
- 4 – Plutôt ouvert
- 5 – Très ouvert

27. Seriez-vous intéressé à suivre une formation sur le rôle-conseil des médecins concernant l'utilisation des MAC ?

- ☐ Non ☐ Oui → Sous quel format ?
- ☐ Conférence
 - ☐ Formation en ligne (Internet)
 - ☐ Lectures dirigées
 - ☐ Autres (précisez) : _____

28. Autres sujets ou thèmes en rapport avec les MAC sur lesquels vous aimeriez recevoir de la formation : _____

Merci de votre collaboration !

Prière de retourner le questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie à :

Chaire Lucie et André Chagnon
 Faculté de médecine et des sciences de la santé
 3001, 12^e avenue Nord
 Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

ANNEXE B

FORMULAIRE DE PRÉ-TEST D'UN QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ À UN ÉCHANTILLON D'OMNIPRATICIENS MEMBRES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

**Prétest pour une étude sur les perspectives des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-
conseil concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC)**

Le questionnaire et la lettre d'introduction ci-joints seront distribués dans le cadre d'une importante étude menée auprès des omnipraticiens du Québec. Nous aimerions obtenir vos commentaires et suggestions quant à la forme et au contenu du questionnaire et de la lettre d'introduction. Veuillez utiliser le verso si vous manquez d'espace.

1) Y a-t-il des questions qui vous semblent ambiguës ou qui vous choquent?

☐ Non ☐ Oui → Indiquez le numéro de la ou des question(s) : _____

Commentaires et suggestions : _____

2) Avez-vous suffisamment d'espace pour répondre?

☐ Oui ☐ Non → Indiquez le numéro de la ou des question(s) : _____

Commentaires et suggestions : _____

3) Le questionnaire vous semble-t-il trop long?

☐ Non ☐ Oui → Commentaires et suggestions : _____

4) Temps requis pour répondre au questionnaire : _____

Autres commentaires et suggestions : _____

Merci de votre collaboration!

ANNEXE C

LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Hôpital Fleurimont

3001, 12^e Avenue Nord

Bureau Z5-3031

Fleurimont, QC J1H 5N4

Le 13 août 2008

Pre Johane Patenaude
Département de Chirurgie
Faculté de médecine et des
sciences de la santé

Objet : Projet : # 08-098

*«Perspective des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des
médecines alternatives et complémentaires (MAC).»*

Chère collègue,

Le projet soumis est acceptable après lecture de la réponse à mes questions ; l'avis expert de la consœur Gina Bravo propose une avenue raisonnable pour ton projet.

Je te souhaite cependant que la cohérence interne se révèle robuste comme élément prédicteur de fidélité. La qualité du travail de construction du questionnaire améliore les probabilités d'une fidélité raisonnable, telle que mesurée indirectement par le Cronbach.

Il ne faudra pas oublier d'aviser éditeur(s) et futur(s) lecteur(s) que la fidélité n'a pas fait l'objet d'une étude préalable.

Je te prie d'agréer, chère collègue, mes meilleures salutations.

Jéan-Pierre Tétrault, M.D.
Président du CÉR

/mb

Le 13 août 2008

Dre Johane Patenaude
Chirurgie
Faculté de Médecine

OBJET: Projet # 08-098

Perspective des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des
médecines alternatives et complémentaires (MAC)

Dre Patenaude ,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a
évalué les aspects scientifique et éthique du protocole de recherche cité et, à ce titre, votre projet a été approuvé.
À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation

Nous avons avisé le directeur scientifique du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel, Dr Moutquin, de cette
approbation, et **vous devrez attendre son autorisation pour démarrer votre projet.**

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués

Jean-Pierre Tétrault, M.D.
Président du comité

APPROBATION ET ATTESTATION
Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

APRIL Marie-Josée, Ph D. éthicienne, Faculté de Médecine
BAILLARGEON, Jean-Patrice, M D., service d'endocrinologie, CHUS, vice-president
BEAUPRÉ, Me Michèle, avocate, extérieur
BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
BOURGAULT, Patricia, Ph D., infirmière, FMSS
BRISSON, Sophie, avocate, extérieur
CABANA, François, M D., orthopédiste, CHUS
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS, vice-présidente
CLOUTIER, Yvan, éthicien, extérieur
DESROSIERS, Nicole, représentante du public
FROST, Eric, Ph D., département de microbiologie, CHUS
GAGNÉ, Ginette, représentante du publique
GIRARDIN, Colette, M D. département de pédiatrie, CHUS
LANGEVIN, Chantal, Infirmière, CII-CHUS
LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
LETELLIER, Marc, Ph.D., département de biochimie, CHUS
ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
ROUSSEAU, Marie-Pierre, Pharmacienne, CHUS
TÉTRAULT, Jean-Pierre, anesthésiologiste, CHUS, président

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation S/O

Approbation demandée par: Dre Johane Patenaude

Pour le projet # 08-098

Perspective des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC)

Approbation donnée par la présidence le 13 août 2008 pour 12 mois.

- ☒ Protocole complet . reçu le 10 juillet 2008
- ☐ Formulaire de consentement principal .
- ☐ Autre formulaire de consentement
- ☒ Questionnaire(s) . Prétests pour l'étude, Sondage
- ☐ Amendement # Date amendement
- ☐ Autre

Brochure /Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que.

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

Signé par:

Jean-Pierre Tétrault, M.D.
Président du comité

13 août 2008

Date de la signature